BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1860.

TOME PREMIER.

(2e SÉRIE.)



90027

PARIS

LIBRAIRIE VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1861



TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

D

E

a.

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

B

C

D

F

G

H

J

L

M

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 4 janvier 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. BAUCHET présente à la Société une tumeur de l'orbite, qu'il a enlevée le 17 décembre 1859, et qu'il désigne sous le nom de *fongus mélanique bénin de l'œil.*

Voici en quelques mots l'histoire de la malade. La femme qui était atteinte de ce fongus est âgée de cinquante ans. Elle est pâle, anémiée, et cet état d'épuisement tient moins à une mauvaise constitution originelle qu'aux souffrances que cette femme a éprouvées surtout depuis deux ans, à l'inquiétude qui la tourmentait et à des accès de fièvre paludéenne. La malade habite, en effet, un pays marécageux, où la fièvre est endémique.

Il y a une quinzaine d'années que cette femme s'est aperçue qu'il existait en dehors de la cornée un point noir, gros comme une tête d'épingle, qu'elle appelait *une veine.* Au bout de cinq ou six ans, ce point avait acquis les dimensions d'un petit pois. La malade consulta alors un médecin fort distingué, qui pratiqua l'excision de la petite tumeur. Quelques jours après, la plaie était cicatrisée, et pendant sept ou huit mois la guérison parut se maintenir complétement. Mais le point noir reparut, et dans l'espace de huit années environ il fut excisé cinq fois; toujours, pendant près d'une année, on crut à une guérison parfaite, et toujours la maladie reparaissait, et la tumeur en cinq ou six mois reprenait son volume primitif (un petit pois ou un petit haricot).

Enfin, il y a deux ans, six ou huit mois après la cinquième opération, la tumeur récidiva encore, paraissant plus adhérente au globe oculaire, et le médecin ne voulut plus se décider à revenir à une sixième opération.

La tumeur grossit petit à petit; elle atteignit le volume d'un haricot, puis arriva successivement jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Depuis quinze mois la tumeur est douloureuse, très-douloureuse même, excoriée, saignante; et depuis quatre ou cinq mois, il s'écoule nuit et jour, à travers les paupières entr'ouvertes, une sérosité roussâtre, noirâtre. Cet écoulement sanguinolent s'est d'abord échappé par le nez et la bouche. La malade raconte très-nettement ce fait; elle mouchait du sang noirâtre, granuleux, et elle crachait de cette même matière sanieuse de temps en temps. Depuis que l'écoulement a lieu à travers les paupières, le sang ne s'échappe plus par le nez et la bouche.

Cette femme a maigri beaucoup, a perdu le repos et l'appétit, et depuis près de six mois elle affirme qu'elle n'a pas dormi.

Les désordres locaux et fonctionnels sont les suivants :

Lorsqu'on regarde la malade en face, on aperçoit entre les deux paupières un champignon d'un rouge noirâtre, fongueux, saignant. En écartant les paupières, on constate que ce champignon est à peu près de la grosseur d'un œuf de pigeon et remplit tout l'espace compris entre les paupières. En cherchant à soulever les bords de ce champignon, on découvre la cornée, transparente, recouverte par cette production, mais transparente et saine dans ses deux tiers internes. Son tiers externe est caché par la tumeur; et celle-ci est assez adhérente à la cornée et même à la sclérotique. Si l'on cherche à fixer le globe oculaire, et qu'on imprime des mouvements de latéralité à la tumeur, le globe de l'œil tout entier suit ces mouvements : le champignon est adhérent à la coque oculaire. Ses limites sont bien nettes du côté de la cornée; en arrière, avec un peu de soin et de précaution, on parvient aussi à trouver sa base d'implantation, qui se prolonge à 1 centimètre et demi à peu près sur la sclérotique. Le globe oculaire a conservé sa forme, sa consistance, ses dimensions normales ; les milieux sont sains, et l'on ne voit de bosselure dans aucun autre point que celui occupé par la tumeur. L'orbite est libre, la conjonctive est fortement injectée; les paupières sont un peu œdémateuses, mais n'ont contracté aucune adhérence avec le champignon fongueux. La couleur de ce dernier est noire, un peu rougeâtre; il est excorié, saignant à sa surface.

Les parties voisines de l'orbite et les ganglions ne sont le siége d'aucune altération.

Cette lenteur dans la marche de la maladie (quinze ans), l'état d'intégrité parfaite des parties environnantes de l'orbite, du globe oculaire, des paupières, des ganglions, etc., la lenteur de la marche des récidives, l'âge de la malade, son épuisement tenant aux diverses causes énumérées plus haut; tous ces antécédents, comparés à la rapidité du développement du cancer de l'œil et de l'orbite, surtout dans les récidives, me firent penser que j'avais affaire à une affection locale et *partant bénigne* de l'orbite. Cette coloration noire avait bien quelque chose d'insolite, mais les tumeurs de l'orbite sont assez fréquemment colorées en noir, même quand elles n'ont pas leur point de départ dans la choroïde; et les auteurs, Wardrop, Mackensie, etc., ont noté ce fait avec soin.

Mon diagnostic fut donc celui-ci :

Fongus bénin, mélanique, développé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et ayant contracté des adhérences intimes avec la cornée et la sclérotique.

Les auteurs, Wardrop, Mackensie, etc., ont parlé de tumeurs à peu près semblables, et on les retrouve décrites dans le *Compendium de chirurgie* de MM. Denonvilliers et Gosselin, sous le nom de *polypes fongueux de la conjonctive.* On y rencontre tous les symptômes que la tumeur actuelle me présentait, moins pourtant la coloration noire. La mélanose, par elle-même, ne constitue pas une tumeur de mauvaise nature; et si cette substance colore le plus souvent à la vérité les affections cancéreuses, c'est que celles-ci sont, dans l'orbite, plus fréquentes que les autres. J'ajouterai toutefois que, sans les antécédents et la forme bien déterminée de la tumeur, j'aurais eu *à priori* une grande tendance à regarder ce fongus comme une production de nature maligne.

De toute manière le traitement était bien indiqué : il fallait extirper la tumeur, et plus complétement que cela n'avait été fait jusqu'ici. En raison des adhérences à la cornée et à la sclérotique, il ne fallait pas s'arrêter à l'idée de détacher ce fongus en respectant la coque oculaire; il fallait considérer l'œil comme perdu. — Il eût été impossible, et la dissection de la pièce a confirmé ce point de diagnostic, d'énucléer la tumeur sans tailler, ouvrir la cornée et la sclérotique. Restait alors à s'arrêter à l'un des deux plans opératoires suivants : ou bien, comme le conseille Mackensie, couper la coque oculaire en arrière de la tumeur, et laisser une plaque de la sclérotique dans le

fond de l'orbite, ou bien enlever le globe de l'œil, en respectant, bien entendu, les tissus de l'orbite. Ce dernier procédé était plus prudent, car il permettait d'enlever sûrement tout le champignon mélanique : c'est celui que j'ai choisi.

L'opération fut des plus simples : l'écartement des paupières étant peu considérable, je fendis la commissure externe ; puis, les paupières relevées avec soin et tenues dans cette position par un aide, je saisis, avec une pince à griffes, la conjonctive en dedans du globe de l'œil ; je coupai le muscle droit interne ; puis, glissant les ciseaux en bas d'abord, puis en haut, en rasant la coque oculaire, je coupai les muscles droits et obliques. J'introduisis mon indicateur gauche par cette plaie, je touchai le nerf optique, et les ciseaux, conduits sur le doigt, coupèrent le nerf optique à son entrée dans la sclérotique ; je fis basculer l'œil, et achevai de le détacher en coupant les tissus avec précaution et au delà du mal.

J'avais eu recours, comme on vient de le voir, à un procédé mixte, tenant du procédé de Dupuytren et du procédé de Bonnet.

La malade avait été soumise aux inhalations de chloroforme ; mais, vu son état de faiblesse, je n'avais pas prolongé ces inhalations au point d'obtenir une insensibilité complète. La douleur fut pourtant très-peu intense, et l'opération dura à peine une minute. — Suture de la paupière ; boulettes de charpie sèche dans l'orbite ; pansement simple, etc.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : quinze jours après, on a appliqué un œil artificiel. A partir du troisième jour, la malade a bien dormi : elle a eu quelques accès de fièvre intermittente, promptement réprimés par l'administration du sulfate de quinine.

Dans les premiers jours, la plaie saignait facilement, et l'écoulement sanguin était d'autant plus facile que la femme était profondément anémiée. Mais le repos et la bonne alimentation ont fait disparaître ce petit accident.

La malade, qui habite la province, va retourner dans son pays ; je ne la perdrai pas de vue, et s'il survient quelque chose de nouveau, j'en rendrai compte à la Société.

Quant à *l'examen de la pièce*, il a pleinement confirmé ce qui a été dit plus haut : Le globe oculaire a ses dimensions normales ; les milieux de l'œil sont sains ; la tumeur n'a aucune connexion avec les parties internes de l'œil, ni avec l'iris ni avec la choroïde ; mais elle est très-adhérente. à la cornée transparente et à la sclérotique, et je ne puis la détacher qu'en entamant ces membranes ou en laissant

adhérente à elles une petite couche de ce fongus. La tumeur est bien complétement enlevée, et j'ai pu respecter tous les muscles de l'œil, moins un demi-centimètre environ des muscles droit externe et droit supérieur englobés dans la production mélanique. Si j'avais voulu suivre le précepte de Mackensie, je n'aurais pu, en dehors, que laisser 4 à 6 millimètres de la sclérotique, en courant le risque de ne pas enlever d'emblée toute la tumeur, et pour arriver à un résultat qui, pour moi, ne me semble offrir aucun avantage. L'œil artificiel s'applique, en effet, très-bien sur le moignon que j'ai laissé.

A l'œil nu et à la loupe, cette tumeur ne présente pas de suc; la coupe est grenue et peut être comparée à un morceau de truffe. On voit quelques filaments celluleux et des réseaux vasculaires, et de la matière pigmentaire enfermée, emprisonnée dans cette trame.

Au microscope, j'ai trouvé quelques rares éléments fibro-plastiques, des éléments de tissu cellulaire, des vaisseaux et du pigment. Pas de traces d'éléments dits *cancéreux* ou *épithéliaux*.

Je pense donc encore qu'il s'agit d'une tumeur polypeuse, développée dans la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival, anormalement colorée en noir.

M. Robin a dû examiner un morceau de la tumeur, et si le résultat de son examen, que je connaîtrai dans quelques jours, diffère de celui que j'ai obtenu, j'en ferai part à la Société dans la prochaine séance, sinon je ne modifierai rien à ma présentation et aux diverses assertions que j'ai émises.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de ses collègues une jeune fille qui porte sur la paupière supérieure une tumeur arrondie et qui a une coloration noirâtre très-prononcée. Le diagnostic lui paraissait douteux, et il hésitait entre une tumeur érectile et une tumeur mélanique.

Quoique M. Morel, qui a examiné la malade en entrant à la séance, ait positivement déclaré qu'il s'agissait d'un kyste, M. Chassaignac demande l'avis des autres membres de la Société.

M. CLOQUET déclare qu'il s'agit bien certainement d'un kyste avec développement variqueux des vaisseaux de la peau, développement dû, selon toutes les probabilités, à la pression exercée par la tumeur.

Il pense, d'ailleurs, qu'il convient de l'enlever, et il ne doute pas que l'opération ne fasse obtenir un succès complet.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai déjà vu des tumeurs semblables sur la face dorsale de la main. Dans le cas actuel, je ne saurais dire si la couleur noire dépend de la nature du liquide qu'elle contient, ou

d'une dilatation variqueuse des vaisseaux. Quoi qu'il en soit, il s'agit bien d'un kyste, et il convient de l'opérer.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Jules Lecoq (de Cherbourg), dans une lettre adressée à M. le secrétaire général, donne les résultats de ses expériences sur l'hypnotisme. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Marquez (de Colmar), ancien chirurgien militaire, deux lettres relatives à l'hypnotisme. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

— M. le docteur Barq, dans une lettre adressée à M. le président, exprime le regret que la Société n'ait pas pu lui accorder un tour de faveur pour exposer devant elle les résultats de ses observations sur les conditions qui font réussir ou échouer les tentatives d'hypnotisme. Il existe, dit-il, des signes à l'aide desquels on peut, dans le plus grand nombre des cas, prévoir d'avance le résultat.

M. LE PRÉSIDENT, après la communication de cette lettre, rappelle que la Société a décidé que toutes les pièces relatives à l'hypnotisme seraient renvoyées à une commission spéciale, et qu'il a dû se conformer à cette décision. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

— M. le docteur Maurice Perrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, demande à être inscrit sur la liste des candidats aux places de membres correspondants nationaux qui ont été déclarées vacantes dans la dernière séance.

— M. GOSSELIN présente de la part de M. Demeaux un travail manuscrit intitulé: *Tumeur lombaire présentant les caractères d'un spina-bifida, paralysies partielles consécutives*. (Commissaires : MM. Gosselin, Michon, Depaul.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER. J'ai actuellement dans mon service un individu de sexe douteux, dont M. Debout avait parlé lors de la discussion sur l'hermaphrodisme. J'ai pensé que la Société le verrait avec intérêt.

On peut voir du côté gauche une espèce de scrotum dans lequel on sent un corps olivaire qui pourrait bien être un testicule. Ce corps monte et descend par la contraction ou le relâchement d'un dartos, et est surmonté par uu cordon qui a une certaine analogie avec le canal déférent.

Cependant le prolongement, qu'on pourrait prendre pour un pénis, semble n'être qu'un clitoris très-développé. Le vagin est assez bien

conformé, et par le toucher rectal on sent quelque chose qui donne l'idée d'un utérus.

La menstruation se fait régulièrement, et le sang s'échappe par un orifice étroit qui ne laisse pénétrer qu'une sonde ordinaire et par lequel s'écoulent aussi les urines.

— M. HUGUIER montre ensuite un jeune homme qu'il a heureusement débarrassé d'un polype naso-pharyngien par une méthode déjà ancienne, quoiqu'on ait voulu la donner comme nouvelle dans ces derniers temps.

En voici l'observation :

B..., âgé de seize ans, entré le 3 décembre 1859, d'un tempérament lymphatique, a commencé depuis deux ans et demi à s'apercevoir de quelque chose d'anormal du côté des fosses nasales. Le premier signe qui l'a frappé, c'est le nasonnement de la voix; depuis lors ces symptômes ont peu augmenté; il se plaignait, en outre, d'un écoulement séreux assez abondant par le nez. La gêne qu'il éprouve est assez peu considérable, et ce n'est qu'avec peine qu'il se décide à venir me consulter.

Voici l'état actuel :

Nasonnement marqué de la voix; quand il dort, bouche ouverte et ronflement bruyant; le nez est bouché des deux côtés, le crachement fréquent et abondant; la narine du côté gauche est en grande partie obstruée, celle du côté droit est libre. Aucune espèce de souffrance, seulement une gêne habituelle; pas de troubles de la déglutition.

A l'inspection de la gorge, le voile du palais est sain, un peu retroussé en bas; il n'est pas gêné dans ses contractions, mais il y a un peu d'angine granuleuse au fond du pharynx. L'inspection des fosses nasales ne laisse apercevoir rien de particulier; mais si on introduit profondément le doigt recourbé en crochet de manière à passer au-dessus du voile du palais, on sent un polype du volume d'une noix muscade, assez mou, et qui paraît s'insérer à la paroi postérieure du vomer; cependant, comme le doigt ne peut pas le limiter en haut, M. Huguier, au moment de l'opérer, fait préparer tout ce qu'il faut pour aller jusqu'à l'apophyse basilaire s'il en est besoin.

L'opération est faite le 13 décembre.

Le chirurgien fait au voile du palais une boutonnière, et avec le doigt introduit par la plaie, il peut facilement sentir le point d'insertion du polype et s'assurer que son pédicule, qui est assez large, s'insère tout à fait à la partie postérieure du vomer. Avec des ciseaux courbes, il coupe le polype à sa base, et met à nu le vomer; puis

avec deux points de suture, il réunit les lèvres de la boutonnière ; pas d'hémorrhagie. Silence et diète absolus ; le malade boit au biberon.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un polype de la forme et du volume d'une noix muscade, cellulo-vasculaire, à mailles assez lâches, mais très-riche en vaisseaux.

Le 15 décembre, à l'examen du voile du palais, on trouve que la réunion s'est faite dans la plus grande étendue de la plaie, mais que le fil inférieur commence à couper les tissus ; salivation abondante, état général bon.

Le 16, le fil supérieur commence également à couper les tissus, et M. Huguier enlève les deux points de suture ; la réunion par première intention est manquée dans une étendue de 8 millimètres.

Le 23, dans le point où la réunion avait d'abord manqué, elle s'est faite par seconde intention, et aujourd'hui l'ouverture pratiquée au voile du palais est complétement fermée. Le malade va bien, et ne mange encore que des soupes.

M. HOUEL demande quel était le point précis de l'implantation de ce polype.

M. HUGUIER répond que cela n'a pu être déterminé avec certitude qu'après l'incision faite au voile du palais, et qu'alors on a pu constater qu'il naissait de la partie postérieure du vomer.

M. HOUEL. Une grande différence existe entre le polype enlevé par M. Huguier et les polypes décrits jusqu'ici sous le nom de naso-pharyngiens. Ceux-ci, en effet, sont très-denses, comme fibreux, et quelquefois même cartilagineux. M. Jarjavay a eu beaucoup de peine à couper le premier qui s'est présenté à son observation. Le polype de M. Huguier, au contraire, est comme muqueux, très-vasculaire.

Une autre différence se tire de leur point d'origine. Les polypes naso-pharyngiens s'insèrent sur la portion basilaire du sphénoïde. Ils peuvent bien envoyer quelques prolongements dans les parties voisines ; mais c'est là une disposition secondaire.

M. HUGUIER. Je suis sur un point de l'avis de notre collègue, et je reconnais que la plupart des polypes naso-pharyngiens sont fibreux et constitués par une sorte d'hypertrophie du périoste ; mais cela n'empêche pas que celui que j'ai enlevé ne doive porter le même nom, car il occupait réellement la région naso-pharyngienne. Il faut admettre seulement que la nature de ces polypes n'est pas toujours la même, et qu'il y en a au moins de deux espèces. Dans tous les

cas, celui que j'ai enlevé n'a aucun des caractères du véritable polype muqueux.

M. RICHARD pense qu'il ne faut accepter le cas de M. Huguier que comme un fait exceptionnel. On se tromperait grandement si on en voulait conclure qu'il suffirait, en général, d'une petite ouverture au voile du palais pour enlever facilement ces polypes. D'un autre côté, le jeune opéré appartient par l'âge et par le sexe à la catégorie des malades qui ont de véritables polypes naso-pharyngiens. Or, il n'est pas encore permis d'affirmer que la maladie ne récidivera pas. Pour bien explorer la base du crâne, il faut une ouverture plus grande que celle qui a été pratiquée. Sous ce rapport, M. Richard préfère la manière de faire de M. Nélaton, qui permet de détruire ensuite par des cautérisations successives les racines de la tumeur.

M. HUGUIER fait observer que l'ouverture pratiquée au voile du palais n'était pas aussi petite que paraît le croire M. Richard. Elle avait de 4 à 6 centimètres d'étendue. D'ailleurs, ajoute notre collègue, je n'ai pas entendu dire qu'on pourrait dans tous les cas se contenter d'une voie aussi peu large. Avant d'entreprendre mon opération, j'avais tout disposé en vue de difficultés plus grandes, et, s'il l'eût fallu, je n'aurais pas hésité à faire jouer la gouge et le maillet. Mais la section incomplète du voile du palais m'a paru suffisante. Après avoir coupé le pédicule, j'ai attentivement examiné, et comme il m'a semblé que tout avait été enlevé, je m'en suis tenu là. Je crois cet enfant parfaitement guéri. Cependant, s'il y a récidive, j'aviserai plus tard. L'opération que j'ai pratiquée était la seule possible. On ne pouvait songer à la ligature.

M. RICHARD. M. Huguier pense que le vomer a été un peu dénudé, et cela le rassure au point de vue de la récidive; mais cette dénudation n'est pas une garantie suffisante. Il n'y a pas de polype qui guérisse par la simple section de son pédicule. Il n'y a de succès possible qu'à la condition d'en détruire la racine.

M. HUGUIER croit que c'est aller trop loin que de professer une telle doctrine. Il suffit quelquefois d'arracher certains polypes des fosses nasales pour qu'ils ne repoussent jamais, et plus d'une fois probablement on a pris pour une récidive ce qui n'aurait dû être considéré que comme le développement de nouveaux polypes complétement indépendants des premiers.

M. VERNEUIL. Il y a quelque chose de vicieux dans la dénomination acceptée. On se fonde uniquement sur le siége pour donner le même

nom à des polypes dont la nature est essentiellement différente. Cela est fâcheux, et il importe de faire cesser cette ambiguïté au point de vue du diagnostic et du traitement, qui comportent des différences énormes.

Il faut réserver le nom de polypes naso-pharyngiens à ceux qui naissent dans la fosse de ce nom. On sait que cette fosse est très-exactement limitée anatomiquement, et représente une espèce de voûte dont les dimensions sont très-variables selon les sujets.

En dépouillant de nombreux recueils scientifiques, j'ai déjà trouvé environ vingt-cinq observations dans lesquelles l'autopsie a été faite, et j'ai pu me convaincre, ce que je savais déjà depuis longtemps, que la question des polypes naso-pharyngiens n'était pas aussi neuve que quelques personnes semblent le croire. Dans mes recherches, j'ai déjà noté la description de cent cinquante cas.

Il serait inexact de dire que ces polypes s'insèrent toujours sur l'apophyse basilaire.

Paletta a publié une observation dans laquelle on peut voir que le polype naissait de la partie inférieure de l'ethmoïde.

L'insertion à la colonne vertébrale, qui a été admise par beaucoup d'auteurs, n'est démontrée par aucun fait bien positif. Dans l'évolution de ces productions, il y a un moment où la tumeur est exclusivement pharyngienne. Plus tard, des prolongements s'engagent dans les cavités nasales.

A peu près quarante-huit fois sur cinquante cas ces polypes sont durs et fibreux. Dans quelques cas fort rares on les a trouvés mous et vasculaires. Le *Traité de chirurgie* de Busch renferme une belle planche représentant un de ces polypes qui avait la forme d'une grappe.

De son côté, Levret en a décrit un qui était dur et fibreux dans sa portion pharyngienne, mou et comme muqueux, au contraire, dans le prolongement qui s'engageait dans la fosse nasale.

M. Verneuil ajoute que, pour sa part, d'après les détails qui ont été donnés, le polype enlevé par M. Huguier s'insérait bien à la base du crâne.

Mais en ce qui concerne le traitement des polypes naso-pharyngiens, il ne saurait partager quelques-unes des opinions émises par M. Richard. Il a fait, de concert avec M. Legouest, des recherches sur le cadavre qui lui ont appris combien étaient nombreuses selon les sujets les variétés que présente la voûte palatine, soit en largeur, soit en hauteur. Il faut aussi tenir grand compte de l'âge des malades.

Quant à lui, il comprend très-bien que l'incision pratiquée par M. Huguier ait pu être suffisante.

Il s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de la méthode de Manne, et il n'hésite pas à dire que la simple boutonnière est, en général, un mauvais procédé; mais il faut savoir aussi qu'il n'est pas toujours nécessaire de détruire une portion de la région osseuse de la voûte palatine.

Il ne pense pas que le malade de M. Huguier puisse être considéré comme définitivement guéri. Le temps seul permettra de juger cette question.

Il fait remarquer que souvent dans les opérations qu'on pratique pour la destruction de ces tumeurs, on débute par des essais trop timides, et par conséquent très-incomplets. Il vaudrait mieux faire du premier coup une opération radicale.

Les cautérisations vantées par M. Richard lui paraissent un mauvais moyen, de nature à entraîner des accidents sérieux.

En terminant, M. Verneuil déclare qu'il n'a pu, dans cette séance, qu'effleurer les diverses questions qui se rattachent à l'histoire des polypes naso-pharyngiens. Il les abordera d'une manière plus complète prochainement, à l'occasion d'un rapport qu'il est chargé de faire sur le travail de M. Rampola.

M. CLOQUET. J'ai vu et opéré plusieurs polypes naso-pharyngiens; mais je n'ai jamais eu recours à la division de la voûte palatine. Sur 50 opérations, ce n'est pas aller trop loin que de dire qu'il y a 45 récidives. Je n'ai rencontré dans ma pratique que deux cas de polypes muqueux. Sur un polype fibreux qui avait le volume d'une prune ordinaire, qui repoussait le voile du palais et qui descendait très-bas, j'appliquai une ligature. Le deuxième jour, le polype n'étant pas tombé, je tordis le pédicule avec une pince, et la séparation fut facilement obtenue. Ce pédicule était très-dur et contenait dans son centre une concrétion osseuse longue et effilée, que je ne saurais mieux comparer qu'à une arête de poisson.

La malade qui portait cette tumeur était une femme de cinquante ans environ; elle a vécu vingt ans encore depuis l'opération, et il n'y a pas eu de récidive. Je crois ce fait unique dans la science.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître les résultats du scrutin pour la nomination de deux commissions.

Sont nommés :

1° Membres de la commission des correspondants nationaux, MM. Larrey, Danyau, Bouvier et Deguise;

2° Membres de la commission des correspondants étrangers, MM. Giraldès, Verneuil, Gosselin et Guérin.

Aux termes du règlement, M. le secrétaire général fait de droit partie de ces deux commissions.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre M. Bouvier, qui a quelques modifications à proposer dans la rédaction du nouveau règlement.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 11 janvier 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M LEGOUEST demande la parole à propos du procès-verbal, et s'exprime ainsi :

Je n'ai pas l'intention de blâmer l'opération de polype naso-pharyngien faite par M. Huguier sur le jeune homme qu'il nous a montré dans la dernière séance : notre honorable collègue a obtenu un résultat familier à son habileté et justifiant la conduite qu'il a tenue, c'est-à-dire le succès.

Mais, en présence de la multiplicité des procédés pour opérer les polypes naso-pharyngiens, il est permis d'examiner jusqu'à quel point tous ces procédés sont applicables et dans quels cas ils le sont; car on pourrait croire, en lisant les observations récentes, qu'un seul et même mode d'opérer peut avoir raison de tous les polypes en question, et, s'il en était ainsi, on s'exposerait à de fâcheux mécomptes.

Dans le courant du mois de mars de l'année dernière, j'ai opéré au Val-de-Grâce un polype naso-pharyngien, que j'ai fait voir à la Société de chirurgie, me bornant alors à signaler les difficultés que j'avais rencontrées dans l'opération et les particularités de la pièce pathologique.

Je suis en mesure aujourd'hui de compléter l'histoire de mon opéré, et je crois devoir le faire pour éclairer le point de médecine opératoire qui nous occupe.

Observation de polype naso-pharyngien. — Le nommé Joseph L..., né le 27 mars 1836 à Bains (Ille-et-Vilaine), ancien cultivateur, cavalier au 11e régiment de dragons, au service depuis le 3 décembre 1857, entre dans les salles de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce le 7 décembre 1858.

Tempérament lymphatique, constitution scrofuleuse, pas de maladie antérieure autre que le polype dont il est atteint; opéré une première fois en 1856, avant son entrée au service. Intelligence médiocre.

Il y a cinq mois, le malade est entré à l'hôpital de Lunéville, puis à l'hôpital de Vendôme, d'où il fut évacué sur le Val-de-Grâce.

Lorsque le polype commença à se développer, une violente céphalalgie et une fièvre intense se déclarèrent, et ce fut à la suite de ces accidents que le malade s'aperçut que sa voix *changeait*, comme il le dit : aussi est-ce à ces mêmes accidents qu'il rapporte l'origine de son affection. Peu à peu le développement du polype s'est effectué sans troubles graves; la respiration par les fosses nasales devint de plus en plus incomplète; la déglutition s'opéra avec un peu de gêne, l'ouïe devint plus dure du côté gauche que du côté droit. Pas d'hémorrhagie, pas d'écoulement purulent.

Dix mois environ après le début de ces accidents, le malade fut opéré à l'hôpital de Redon (Ille-et-Vilaine), en 1856. On eut recours à la ligature à l'aide d'un fil de soie; le gonflement qui s'ensuivit augmenta la gêne de la déglutition, de la phonation et de la respiration; néanmoins il n'y eut pas d'accidents généraux, pas d'hémorrhagie. Le malade dit avoir senti que le pédicule du polype s'insérait au fond de la gorge; il raconte aussi que le pédicule n'était pas très-gros, que la tumeur mit huit jours à se détacher, enfin qu'elle était de consistance dure.

Pendant plus d'un an il put se croire guéri; mais, depuis sept mois environ, des symptômes d'un polype se sont de nouveau montrés successivement, et ont suivi une marche analogue à celle qu'ils avaient suivie la première fois; pas de fièvre néanmoins, pas de céphalalgie. Une hémorrhagie abondante eut lieu par la bouche, à l'hôpital de Lunéville; le sang s'arrêta spontanément.

L'état du malade, à la date du 7 décembre 1858, est le suivant :

Conformation régulière de la face et du nez; respiration bruyante, s'exerçant par la bouche seulement; voix nasonnée; déglutition peu gênée; haleine infecte; écoulement muco-purulent par les narines.

A l'exploration des fosses nasales, on constate dans la fosse gauche une tumeur rouge-pâle, dure, couverte de muco-pus, s'avançant jus-

qu'au cornet inférieur : on n'aperçoit rien dans la profondeur de l'autre narine ; l'air ne passe ni par l'une ni par l'autre.

En examinant la bouche, on voit que la luette et le voile du palais sont reportés plus en avant qu'à l'état normal, et disposés verticalement. La luette est très-longue ; sa base est entourée de cryptes muqueuses hypertrophiées ; les piliers du voile du palais sont nettement dessinés et arqués ; la paroi postérieure du pharynx est libre à la vue.

Lorsqu'on introduit le doigt et qu'on cherche à repousser le voile du palais, un obstacle s'y oppose : passé en arrière du voile, le doigt reconnaît une tumeur bilobée, à surface arrondie, légèrement bosselée, de consistance assez ferme, occupant la région pharyngienne supérieure, et qui paraît implantée vers la partie antérieure de l'apophyse basilaire. Les lobes de la tumeur sont juxta-posés latéralement ; le gauche est plus volumineux que le droit.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade est pris de fièvre typhoïde ; l'opération est reculée jusqu'à son rétablissement.

Le 26 mars 1859, l'état général étant satisfaisant, je procédai à l'extirpation du polype. J'eus recours au procédé de Manne, complété par la modification de M. Nélaton. J'éprouvai des difficultés sérieuses à réséquer la voute palatine, en raison d'une disposition particulière, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, qui ne me permit pas de pratiquer une ouverture suffisante. Gêné par des flots de sang, dont le malade inonda tous les assistants, j'excisai cependant le polype, mais en plusieurs fois, enlevant successivement les lobes de la tumeur.

L'écoulement du sang étant arrêté, je pus constater que l'implantation de la tumeur était fort large et se portait en avant et sur les côtés de l'apophyse basilaire, au delà des limites que la vue et le doigt pouvaient atteindre ; en un mot, j'avais sectionné la tumeur dans sa masse et non au pédicule.

Le lendemain, une partie de la tumeur restante s'était engagée entre les bords de la plaie faite au voile du palais et à la voûte. Pendant quelques jours le malade eut un peu de fièvre. Au retour du calme, je procédai à la cautérisation avec l'acide hydro-chlorique porté avec une boulette de coton dans un tube de verre sur les portions du polype restées en place.

Les cautérisations furent répétées tous les deux ou trois jours pendant un mois ; douloureuses pour le malade, elles n'amenèrent que des résultats imparfaits, attendu qu'elles ne pouvaient atteindre simultanément toute l'étendue de la surface sur laquelle elles devaient agir.

Après quelques jours, la perte de substance pratiquée à la voûte s'étant rétrécie, je fus obligé de modifier la forme de mes tubes de verre; l'extrémité porte-caustique fut évasée en ampoule, supportée par un collet assez étroit que j'introduisais en arrière de la fente osseuse et que je ramenais ensuite jusqu'à sa limite antérieure; l'ampoule se trouvait alors engagée, comme à travers une boutonnière, dans la partie supérieure du pharynx. Ces modifications n'eurent pas grand succès, l'espace dans lequel le polype était accessible restant toujours insuffisant.

Appelé le 1er mai à l'armée d'Italie, je laissai mon malade aux soins de mon collègue et ami M. le professeur Lustreman, qui n'obtint pas de meilleurs résultats que moi. Quelques parcelles se détachaient de temps en temps de la tumeur, qui cependant diminuait à peine de volume. Dans le courant de juin, le malade demanda à sortir; fatigué par la rigueur et la lenteur du traitement, affaibli par l'influence nosocomiale, il reçut un congé de convalescence de trois mois. Il devait nous revenir; mais nous ne l'avons pas encore revu, et s'il n'a pas succombé, il ne tardera pas sans doute à réclamer de nouveau les secours de la chirurgie.

La tumeur était un polype fibreux: chacun des lobes s'engageait en même temps dans les fosses nasales en avant, tandis que leur partie inférieure restait dans le pharynx. Comme l'avait déjà remarqué Levret, sur chacun des lobes les portions nasales se distinguaient facilement des portions pharyngiennes. Ces dernières étaient plus dures, plus résistantes, et recouvertes d'une muqueuse plus rouge et plus solide que les premières, dont elles étaient très-nettement séparées par une sorte de sillon fibreux, résultant de l'impression produite par l'ouverture postérieure des fosses nasales.

L'opération qui consiste à fendre le voile du palais en même temps qu'à réséquer la voûte, a donc été insuffisante dans le cas que je viens de rapporter, d'abord pour enlever le polype, ensuite pour cautériser le pédicule. Je laisse à penser ce que l'on aurait obtenu en ne pratiquant qu'une simple boutonnière dans la portion membraneuse du palais.

Nous avons rencontré ici deux genres de difficultés. La première due à une conformation particulière du palais osseux; la seconde due à la largeur de l'implantation du polype. M. Verneuil, dans la dernière séance, a parlé des variétés d'inclinaison et d'étendue antéro-postérieures de la voûte palatine, mais c'est à une variété dans la forme transversale de la voûte que nous avons eu affaire. Il existe des su-

jets, et le nôtre en est un exemple, chez lesquels la voûte est ogivale au lieu d'être surbaissée : elle est alors très-élevée, étroite, peu accessible aux instruments, et ne peut être que très-imparfaitement réséquée. Il en résulte que le complément de l'opération, c'est-à-dire la cautérisation, qui pour certains chirurgiens en est la partie fondamentale, ne peut être menée à bien.

Quant au lieu d'implantation des polypes, outre qu'il est toujours fort difficile à reconnaître d'une manière précise, il est loin d'être aussi limité qu'on a bien voulu le dire; le fait que je viens de citer en serait la preuve, si l'histoire de l'art ne l'avait déjà démontré. Aussi je crois fermement que non-seulement l'apophyse basilaire et la partie inférieure du sphénoïde, mais tout le voisinage du trou déchiré antérieur et de la pointe du rocher, la partie postérieure de l'ethmoïde et la face interne des apophyses ptérygoïdes, tapissées par une membrane de même texture anatomique, peuvent être le siége du pédicule des polypes fibreux.

Si donc on a réussi à enlever ces polypes et à les guérir par le procédé de Manne, par celui de M. Nélaton, et par la simple boutonnière faite au voile du palais, je pense que ces polypes étaient seulement des polypes de l'apophyse basilaire, et à pédicules peu étendus. Ces procédés nouveaux ou restaurés ne me paraissent pas indistinctement applicables à l'extirpation de tous les polypes dits de la base du crâne, et je crains que des opérations imparfaites ne nous fassent quelque jour compter des récidives au lieu de succès.

M. HUGUIER. Je n'ai qu'une très-courte observation à faire. Ce que vient de dire M. Legouest me paraît très-juste. Les détails dans lesquels il est entré justifient entièrement l'opération pratiquée par moi. Le polype que j'ai enlevé avait un pédicule étroit, et je suis d'autant plus sûr de l'avoir enlevé tout entier, que j'ai emporté en même temps une portion de la membrane fibro-muqueuse qui l'unissait à l'os.

Si, contre mes prévisions, ce polype avait eu une base large, j'aurais terminé mon opération d'une tout autre manière.

J'admets parfaitement que la division de la voûte palatine n'est pas indispensable dans tous les cas. Toutes les fois que la chose est possible, il convient d'employer la ligature ordinaire ou l'anse de l'écraseur.

M. LEGOUEST. Il est très-difficile de dire à l'avance quel est le point précis de l'implantation d'un polype de ce genre. Celui que j'ai enlevé était bilobé. Dans les opérations qu'on pratique, on est obligé

de marcher pas à pas et d'en modifier les détails, selon les difficultés imprévues qui se présentent.

M. HUGUIER. MM. Verneuil et Legouest ont déjà donné de nombreux et d'excellents détails sur les variétés anatomiques de la voûte palatine. Elle présente parfois une disposition ogivale très-prononcée; c'est ce qu'on observe surtout chez les personnes à visage busqué, qui ont le nez long et saillant. Parfois, dans ces cas, le doigt n'est pas assez long pour aller toucher la paroi postérieure du pharynx. Mais mon malade n'était pas dans ces conditions; il n'était âgé que de treize à quatorze ans, et le développement de son squelette était encore incomplet. Sans parler du succès obtenu, et qui m'a donné raison, je rappellerai que le polype s'insérait à la partie postérieure du vomer. L'application d'une ligature aurait été impossible.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Louis Blin (de Saint-Quentin) adresse un exemplaire de son *Mémoire sur les calculs salivaires du canal de Warthon;* Saint-Quentin, 1858, in-8°.

—M. Lizé (du Mans) renouvelle sa candidature au titre de membre correspondant national.

— M. Charrière adresse trois notes relatives à la prothèse du membre thoracique. (Commissaires, MM. Laborie, Legouest, Larrey.)

RAPPORT.

M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Perrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, intitulé *Mémoire sur une variété non décrite des fistules pulmonaires cutanées.*

La Société ayant voté les conclusions de la commission, qui demandait l'impression de ce travail dans nos *Bulletins,* nous le publions *in extenso.* La Société a décidé, en outre, qu'une lettre de remercîments serait écrite à M. le docteur Perrin, et que son nom serait inscrit sur la liste des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

Variété non décrite des fistules pulmonaires cutanées, par M. le docteur Perrin. — J'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, dans les premiers mois de l'année 1859, un malade guéri d'une fistule pulmonaire cutanée, survenue sans cause appréciable et en dehors de toute affection pulmonaire pendant la durée d'une fistule thoracique externe.

Au moment où je présentai ce malade, la guérison était trop ré-

cente pour qu'il me fût permis d'établir un pronostic à l'abri de toute réserve, et la Société voulut bien m'autoriser à lui donner des nouvelles sur l'issue définitive de ce fait insolite. J'ai revu ce jeune homme à Paris il y a quelques jours ; pendant les neuf mois de convalescence qu'il vient de passer dans sa famille, il n'a cessé de jouir d'une santé parfaite. La respiration est irréprochable, les trajets fistuleux sont oblitérés et fermés à l'orifice par une cicatrice solide adhérente au bord du sternum ; la cage thoracique est à peine déformée, et ce jeune homme plein de vigueur et de santé retourne à son corps très-propre à supporter de nouveau les fatigues de la vie militaire.

Est-ce parce que cette singulière complication, sur laquelle l'attention n'a pas encore été éveillée, est moins rare qu'on ne le pense? Est-ce par l'un de ces effets du hasard, qui se plaît fréquemment à grouper en petites séries les faits pathologiques analogues, fussent-ils même des plus rares? J'ai pu environ à la même époque observer dans mes salles, jour par jour, la formation et l'évolution complète d'une fistule pulmonaire cutanée analogue à celle dont je rappelais tout à l'heure le souvenir.

La nouveauté de ces faits, les points de controverse qu'ils peuvent soulever, me feront, je l'espère, trouver grâce devant la Société pour les détails un peu minutieux dans lesquels j'ai cru devoir entrer en relatant cette observation.

F..., âgé de vingt-quatre ans, est né dans le département du Puy-de-Dôme. Exempt de toute influence héréditaire, ce jeune homme a toujours joui d'une bonne santé avant son incorporation. Depuis trois ans qu'il sert dans le 100e régiment de ligne, il n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde bénigne, terminée, après une durée de deux mois, par une parfaite guérison.

Vers le mois de janvier 1858 survint, sans cause connue, une tumeur fluctuante au niveau de la septième côte du côté droit. Cette tumeur purulente, ponctionnée, donna naissance à une fistule qui, après une durée de quatre mois, sans aucun traitement, finit par s'oblitérer en laissant à sa place une cicatrice adhérente à la côte.

Au mois de juillet 1858, abcès tubériforme à l'aisselle droite, traité et guéri à l'infirmerie du corps. A la date du 22 septembre, nouvel abcès plus profond dans la même région, et pour lequel il est envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce. C'est à ce moment que je vis le malade pour la première fois. Il se présenta avec les apparences de la santé la plus florissante, sauf un abcès de médiocre volume, et pour la

guérison complète duquel il suffit d'un coup de bistouri et de quelques cataplasmes.

Au moment où le malade était sur le point de quitter l'hôpital (6 octobre), il survint spontanément une tuméfaction diffuse occupant la partie antérieure de la poitrine du côté droit depuis la clavicule jusqu'au mamelon, depuis le bord sternal jusqu'à 8 centimètres en dehors. Cette tuméfaction s'accompagnait de rougeur à la peau, de douleur à la pression, mais n'offrait de fluctuation sur aucun point. L'apparition de cet accident appela mon attention sur l'état des organes thoraciques. Le résultat de ce premier examen ne me laissa aucun doute sur l'intégrité de l'appareil respiratoire.

Traitement. — Larges vésicatoires volants sur les parties malades.

Vers le 15 octobre, on perçoit une fluctuation profonde. Deux incisions pratiquées aux deux extrémités du grand diamètre de la tumeur donnent issue à une petite quantité de pus phlegmoneux.

L'état général est toujours très-satisfaisant. Pas de fièvre ; bon appétit ; respiration pure, facile, exempte de toux, d'expectoration.

Prescription. — Diète légère ; onctions mercurielles sur le thorax ; cataplasmes recouverts d'une toile imperméable.

Pendant vingt-deux jours (du 15 octobre au 7 novembre 1858), l'état général est toujours aussi satisfaisant, mais l'inflammation a fait des progrès : la peau est rouge, tendue, comme érysipélateuse ; les deux ouvertures restées perméables fournissent chaque jour une quantité croissante de pus franchement phlegmoneux ; la moindre pression est très-douloureuse, et révèle, disséminés sur la paroi thoracique, un assez grand nombre de foyers phlegmoneux circonscrits, au niveau desquels tout le tissu cellulaire sous-cutané est détruit, et ce pus soulève les téguments amincis.

Le stylet introduit avec ménagement fait reconnaître de vastes décollements, sans qu'il soit possible de déterminer avec précision, à cause du gonflement des parties, si l'instrument chemine sous la peau ou sous le muscle grand pectoral. Les os ne paraissent dénudés en aucun point. Par la pression, on fait jaillir une très-grande quantité de pus bien lié, strié de sang, mais ne contenant pas trace de bulles d'air. — Même traitement.

Le 7 novembre, une réaction générale se déclare ; le pouls s'élève (95 pulsations, larges, développées) ; la peau devient chaude, sudorale ; l'appétit se perd ; la soif est assez vive. Rien d'appréciable du côté de la poitrine, si ce n'est une certaine gêne mécanique, inévitable du reste, dans les mouvements respiratoires. L'état local persiste

dans les mêmes conditions ; la suppuration est toujours abondante et de bonne nature.

Prescription. — Diète ; potion avec tartre stibié, 0,3 ; extrait gommeux d'opium, 0,05 ; onctions mercurielles ; cataplasmes.

Même état et même traitement pendant les jours suivants.

Le 15 novembre, le pouls change de caractère : il devient petit, serré, plus fréquent ; la face se grippe ; la respiration est laborieuse, et le malade est tourmenté par une petite toux sèche très-fatigante.

A la percussion, difficilement pratiquée, il est vrai, il me semble reconnaître un certain degré de matité dans toute la région thoracique antérieure du côté droit. En arrière, sonorité complète. A l'auscultation, la respiration paraît lointaine, ni altérée dans son rhythme, ni accompagnée de râles ou de frottements ; l'expectoration est nulle. La suppuration est toujours très-abondante et de même nature. — Même traitement.

Le 18, la matité devient manifeste en avant ; la sonorité persiste en arrière, et la voussure du thorax du côté malade est plus prononcée que les jours précédents, surtout au niveau du bord sternal correspondant. La respiration est à peine perceptible en avant et sous l'aisselle droite ; elle s'accompagne de râles sous-crépitants à grosses bulles ; la toux a changé brusquement de caractère : elle est moins fréquente, moins pénible, mais s'accompagne d'une expectoration des plus abondantes. Crachats rouillés très-visqueux. La fièvre persiste et l'état général reste le même.

Les foyers purulents ne sont points modifiés, mais le pus qui s'en échappe contient une foule de petites bulles d'air.

En faisant tousser le malade, toute la région thoracique devient emphysémateuse, et la main y perçoit une crépitation fine, qui cesse quand l'air chassé de proche en proche s'est échappé par la plaie, mais qui se reproduit par un nouvel effort de toux.

Au 28, l'une des fistules extérieures est cicatrisée ; je m'empresse d'agrandir l'autre, en détruisant par la pâte de Vienne ses bords amincis, violacés.

Malgré cette précaution, il surgit deux jours plus tard, au niveau de la troisième côte, à 2 centimètres en dessous du sternum, une tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une teinte violacée, et manifestement constituée par les téguments décollés, sous lesquels sont venus s'accumuler et de l'air et du liquide. A la pression la plus légère, on perçoit un gargouillement semblable à celui d'une hernie ; par une pression un peu plus forte, on affaisse la tumeur en

faisant refluer le liquide et déprimant les gaz. Pendant les mouvements respiratoires, mais surtout pendant l'expiration, des râles à grosses bulles viennent éclater dans l'oreille de l'observateur et rendent incontestable pour plusieurs de mes collègues la libre circulation de l'air dans cette tumeur, et conséquemment sa communication avec le réseau bronchique.

L'expectoration est toujours très-abondante ; les crachats visqueux, adhérents au fond du vase, colorés en brun, présentent quelques stries de sang rouge. Le microscope y démontre des globules de pus et de sang rosé et une forte proportion de fibres élastiques.

L'état général du malade s'est aggravé ; ses forces s'épuisent ; l'inappétence persiste ; le pouls est déprimé, très-fréquent ; il survient des sueurs nocturnes. — Diète avec bouillons ; potion stibiée ; huile de foie de morue ; extrait de quina.

L'imminence d'une ouverture spontanée me décide, le 1er décembre, à ouvrir avec le bistouri cette tumeur hydro-aérienne. Il s'en échappe avec abondance de l'air et du pus.

A partir de ce jour, l'air sort par cette fistule à chaque mouvement d'expiration, mais d'une façon très-irrégulière, tantôt en large colonne et avec sifflement, tantôt d'une façon à peine appréciable ; mais dans ce dernier cas il se produit une crépitation emphysémateuse. Quoique ce phénomène soit aussi manifeste que possible, des précautions sont prises pour rendre physiquement impossible la pénétration de l'air extérieur à travers les fistules thoraciques, et la sortie de l'air n'en est nullement modifiée.

Le 15, la fistule, par laquelle l'air ne passe pas, tend à s'oblitérer ; l'emphysème fait des progrès et gagne le côté gauche du thorax, en faisant naître sur son passage de petits foyers inflammatoires.

A la percussion, matité en avant, sonorité en arrière et dans tout le côté gauche. A l'auscultation, râles humides de toutes sortes dans tout le poumon droit, mais surtout en avant. Ces râles sont tellement bruyants, qu'ils couvrent complétement les bruits respiratoires. La toux est moins fréquente, mais l'expectoration reste toujours très-abondante, rouillée, avec stries sanguines. Prostration considérable ; peau visqueuse ; sueurs nocturnes ; pouls accusant à peine un état fébrile. — Même traitement.

Le 27, on peut constater une amélioration notable ; les forces reviennent ; la matité persiste en avant, ainsi que les râles humides à grosses bulles ; l'expectoration, moins abondante, moins visqueuse, mais toujours colorée par des stries sanguines, est finement aérée

comme au début de la maladie ; l'emphysème se limite, mais la suppuration est encore très-abondante. Le stylet, auquel je n'avais pas cru devoir recourir depuis l'apparition des accidents généraux, pénètre à une profondeur de 0,07 centim. dans certaine direction, de 0,09 dans certaine autre. Ce vaste décollement semble siéger à la face profonde du grand pectoral. Sur aucun point on ne découvre de surface osseuse dénudée.

A dater du 15 janvier 1859, l'air a cessé complétement de sortir par la fistule et d'infiltrer le tissu cellulaire. Depuis cette époque jusqu'au mois d'avril, le malade a marché très-rapidement vers la convalescence, sans incident digne de remarque.

A la date du 7 avril 1859, jour où il quitte l'hôpital pour aller en congé de convalescence, la nutrition est très-satisfaisante ; le malade reste levé tout le jour, se promène, monte des escaliers sans essoufflement ; le côté droit du thorax conserve une rougeur assez prononcée. Trois ulcères placés le long du bord droit du sternum persistent encore, mais fournissent à peine de la suppuration. Dans les deux supérieurs, le stylet pénètre à une profondeur de 3 centimètres, ne rencontre aucune surface osseuse dénudée, mais bien des tissus fongueux, qui fournissent abondamment au moindre contact une sanie séreuse.

A la percussion, matité en avant du côté malade, sonorité normale dans les autres points.

A l'auscultation du côté droit, le bruit respiratoire est obscur, le murmure vésiculaire très-incomplet et couvert par des râles humides abondants survenus sous la clavicule droite.

En avant et à gauche la respiration est faible, un peu voilée, mais on n'y trouve ni expiration prolongée ni bruit morbide d'aucune sorte.

Il n'y a plus ni toux, ni expectoration, ni sueurs.

Il y a six mois que ce dernier examen a été pratiqué ; j'ai reçu plusieurs fois des nouvelles de ce malade : il a complétement recouvré ses forces et sa santé, ne gardant d'autre trace de sa maladie qu'une respiration obscure à droite et en avant, comme il arrive à la suite des pleurésies anciennes.

Pour que cette observation puisse justifier le titre que j'ai donné à ce travail, je dois pouvoir répondre par l'affirmative à cette double question :

Y a-t-il eu là réellement fistule pulmonaire cutanée ?

Cette fistule une fois admise, est-elle bien indépendante d'une affection pulmonaire préexistante, et diffère-t-elle ainsi des faits con-

nus dans la science et réunis dans le mémoire que M. Bouchut lut sur ce sujet à l'Académie de médecine, il y a quelques années?

1° L'irruption de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané des parois thoraciques à chaque mouvement d'expiration, son accumulation et sa circulation dans le sein d'une tumeur purulente, sa sortie bruyante par l'orifice de la fistule, sont des phénomènes physiques d'une analyse trop facile pour qu'ils puissent donner lieu à quelque méprise; or ce gaz ne peut provenir que de trois sources.

A. Ou bien c'est de l'air qui a pénétré dans les trajets fistuleux pendant les mouvements d'inspiration, pour aller remplir, grâce à une sorte de mouvement de soufflet, quelque poche adventice creusée dans l'épaisseur des parois thoraciques et en dehors de la plèvre pariétale. Il est difficile de se rendre compte d'une telle pénétration en quantité notable. La plupart des auteurs mentionnent cette pénétration de l'air comme une source d'erreur dans le diagnostic de certaines fistules thoraciques. Me rendant difficilement compte de ce phénomène, j'en ai recherché la trace dans l'analyse des faits, et je ne l'ai trouvé mentionné nulle part; aussi ai-je grand'peur que cette indication ne soit un des corollaires tardifs de la classification cartésienne de Sauvages sur l'empyème (1).

Toutefois, je me suis mis à l'abri de toute surprise en observant de la façon suivante :

Le malade, à ma recommandation, faisait une expiration profonde, terminée par un ou deux efforts de toux; puis il attendait, pour commencer un mouvement d'inspiration, que l'air infiltré fût chassé par une pression méthodique et que les deux fistules fussent hermétiquement fermées par des mouches de diachylon, maintenues avec la pulpe du doigt. Une telle précaution ne gênait en rien la réapparition des accidents.

B. L'air ne provenait pas davantage de la cavité pleurale, fût-elle rétrécie, cloisonnée par des fausses membranes. L'expérience précédente suffirait pour le démontrer; mais, en outre, la présence de l'air dans cette cavité s'accompagne de phénomènes qu'il est difficile de méconnaître : signes fonctionnels de la pleurite purulente; signes sthétoscopiques de l'hydro-pneumothorax; qualité de la suppuration, rien de semblable n'existe dans l'observation.

Sans sortir, dans cette discussion, de l'ordre des phénomènes physiques, laissant de côté tout ce qui pourrait donner lieu à une inter-

---

[1] *Nosologie méthodique*, t. Ier, p. 94 et suiv.

prétation moins rigoureuse, comme troubles fonctionnels, marche de la maladie, j'arrive à cette conclusion qu'il y a eu réellement chez ce malade communication directe des bronches avec l'air extérieur au niveau des fistules thoraciques.

2° Une affection pulmonaire antérieure quelconque doit-elle être invoquée pour rendre compte de l'existence de cette fistule ?

Il suffit de comparer l'observation précédente aux observations do même ordre que possède la science, pour acquérir une somme de présomptions qui équivaut à une preuve ; car, malheureusement, sur un pareil terrain, la preuve directe manque toujours. La phthisie pulmonaire s'est compliquée quelquefois de fistule pulmonaire cutanée, mais seulement dans des cas de tuberculisation confirmée, à une époque où le tubercule provoque autour de lui un travail inflammatoire prélude de sa destruction, et dont l'activité peut être dirigée exceptionnellement vers les parois thoraciques.

Simple épiphénomène dans cette vie si gravement menacée, la fistule pulmonaire cutanée, produite dans de telles conditions, est habituellement le dernier terme d'une désorganisation rapidement mortelle de l'organe respiratoire.

Chez notre malade, au contraire, la fistule apparaît au milieu de la plus florissante santé, comme la conséquence naturelle d'une inflammation locale ; elle a une durée limitée par la durée elle-même du travail phlegmasique qui l'a fait naître, et elle se termine par le retour à la santé.

A la rigueur, l'esprit pourrait concevoir chez un homme du reste bien portant l'existence dans les poumons d'une masse tuberculeuse marginale, dont la vie solitaire se terminerait par une vomique ouverte à la fois et dans les bronches et au dehors. Ce type, puisé dans le monde des fantaisies, ne s'accommoderait même pas d'une marche aussi rapide et surtout d'une durée aussi courte. Le tubercule ramolli laisse à sa place une cavité qui se cicatrise bien rarement, bien lentement, et dont les parois, ainsi que la fausse membrane qui les double, dont les sécrétions sont éminemment propices à la conservation illimitée des trajets fistuleux.

Je ne m'arrêterai pas à reproduire la même comparaison au sujet de différents états pathologiques, tels que : empyème, gangrène pulmonaire, corps étrangers venus du dehors, qui, dans des cas très-rares, le plus souvent uniques, ont donné naissance à des fistules pulmonaires cutanées. Les caractères différentiels sont ici trop tranchés pour que la confusion soit admissible.

Si logiquement on ne peut faire intervenir ici les causes habituelles des fistules pulmonaires cutanées, dont l'intervention prochaine peut toujours se résumer dans l'apparition d'un travail phlegmasique suivi d'ulcération centrifuge, il faut bien admettre une variété nouvelle de fistules tout à fait distinctes des autres par le mécanisme de leur formation.

La manière dont elles se produisent me paraît aussi clairement indiquée que possible dans les détails de l'observation qui précède.

Un homme est surpris en pleine santé par une de ces inflammations des parois thoraciques si fréquentes chez les militaires, et sur lesquelles M. Larrey a déjà appelé bien souvent l'attention de ses élèves. Cette inflammation, demeurant toujours dans les limites d'une affection locale sans réaction sur l'organisme et sur les fonctions respiratoires, donne de la suppuration. A un moment donné, il survient de la fièvre, une petite toux sèche fatigante, un endolorissement des parties accompagné de sécheresse de la peau, de petitesse du pouls ; quelques jours plus tard, il survient brusquement une expectoration abondante, d'abord visqueuse et blanche, puis purulente et striée de sang ; la peau devient moite, le pouls s'élève, la fièvre est intense. Au milieu de cet appareil inflammatoire la fistule se déclare ; puis, après une certaine durée, les accidents se calment, la fistule se tarit, et le malade entre en convalescence. Peut-on méconnaître à ce portrait les trois stades qu'a parcourus cette affection ? Abcès idiopathique ou symptomatique, peu importe, des parois thoraciques ; pleurite locale adhésive ; abcès du poumon dans un point correspondant, destruction de son tissu, fistule aérienne.

Dans certaines circonstances, et peut-être à la suite d'une certaine espèce d'abcès des parois thoraciques, l'inflammation se propage donc de la circonférence vers le centre ; tantôt et le plus souvent cette tendance se manifeste par l'apparition d'une pleurite purulente et d'une fistule pleurale consécutive ; les annales de l'art en renferment un assez grand nombre d'exemples ; tantôt, grâce à de solides adhérences préalablement établies entre les feuillets de la plèvre, elle se traduit par une destruction partielle du parenchyme du poumon, dont la conséquence est une fistule pulmonaire cutanée.

Au lieu de suivre une marche aiguë, l'inflammation peut être chronique, latente, et amener le même résultat à l'insu du chirurgien, sans aucune réaction générale. C'est ce qui est arrivé, la Société se le rappelle, chez le sujet de notre première observation.

Les deux faits que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société

ne sont point sans analogues dans la science. Ceux que j'ai pu recueillir, en augmentant le nombre des accidents de ce genre, m'offrent encore la bonne fortune de prêter au mécanisme de ces fistules, sur lequel j'insistais tout à l'heure, l'appui de l'anatomie pathologique.

L'une de ces observations appartient à M. Grappin, alors interne des hôpitaux de Paris, et elle a été publiée dans les *Archives de médecine* au mois d'octobre 1854. En voici les traits principaux :

Un jeune homme de dix-sept ans, présentant tous les signes de la cachexie scrofuleuse, entre dans le courant de l'année 1844 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Lugol. « Au niveau de la cinquième côte, à droite, écrit M. Grappin, au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, existe un orifice en cul-de-poule, dont le fond présente un pertuis de 15 millimètres environ de circonférence. On voit du pus et de l'air sortir de l'orifice. L'air s'échappe avec sifflement pendant l'expiration. Il y a huit mois que les choses se passent ainsi ; l'ouverture précédemment décrite succéda à un abcès qui s'était formé dans ce point. »

L'enfant ne tarda pas à succomber aux progrès incessants de la cachexie scrofuleuse.

A l'autopsie, on trouve des adhérences de la plèvre au niveau de la fistule ; une petite poche, qui s'ouvre en dedans dans une grosse bronche et communique en dehors avec un trajet oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, occupait la cinquième côte nécrosée et fracturée. Cette communication est constatée à l'aide du stylet, qui, introduit par l'orifice externe de la fistule, a traversé la poche et est venu sortir par la bronche.

La petite poche située sur le trajet de la fistule mesure 3 millimètres de longueur et 2 millimètres de base ; elle semble creusée dans les plèvres épaissies, et elle est tapissée à l'intérieur par une muqueuse adventice qui se continue avec la muqueuse bronchique.

Les poumons sont sains, sauf deux ou trois tubercules crus moins gros qu'un grain de chènevis, et situés au sommet du poumon gauche.

On trouve également dans l'ouvrage d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier un fait analogue. Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans atteinte d'un cancer récidivé à la mamelle. Ce cancer existe sous la forme d'un vaste ulcère, au fond duquel l'air sort pendant l'expiration. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe d'hydro-pneumothorax. Pour se convaincre qu'il n'y avait pas de po-

che faisant soufflet derrière les côtes, M. Cruveilhier imagine de remplir d'eau l'excavation cancéreuse.

Le liquide disparut en partie pendant le mouvement d'inspiration, et néanmoins l'expiration fournit la même quantité de gaz.

L'autopsie révéla une adhérence intime du poumon avec la paroi antérieure du thorax, une communication de l'ouverture extérieure avec une cavité anfractueuse continue dans l'épaisseur du poumon, cavité dans laquelle s'ouvraient plusieurs tuyaux bronchiques. Cette caverne n'était nullement d'origine cancéreuse : elle ressemblait à une caverne quelconque en voie de cicatrisation.

Enfin, dans l'une des observations si consciencieuses que renferme le *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses* de M. Lebert (1), le mode de formation de ces fistules par un travail inflammatoire centripète est nettement accusé dans les détails de l'autopsie.

Il s'agit cette fois d'un homme de vingt-six ans porteur d'ulcères scrofuleux au cou et de fistules au thorax suite d'abcès scrofuleux. Le malade finit par succomber aux progrès du mal.

A l'autopsie, on trouve les poumons entièrement sains. « A la partie supérieure latérale droite de la poitrine existent deux ou trois ouvertures fistuleuses qui communiquent dans un clapier plein de pus mal lié. Les parois de ce foyer sont tapissées par des fausses membranes épaisses, fortement organisées, surtout du côté de la plèvre, à laquelle elle adhère et avec laquelle elle se confond. »

Le travail de formation pseudo-membraneuse qui a eu lieu dans ce point s'est étendu dans les interstices des lobes et des lobules pulmonaires, où la plèvre épaissie envoie des prolongements fibreux d'une certaine épaisseur.

Le dépôt de fausses membranes suppose un travail inflammatoire antérieur : il y a donc eu ici inflammation transmise par contiguïté de tissu d'un foyer purulent des parois thoraciques au tissu connectif du parenchyme pulmonaire. De ce résultat à la formation d'un foyer purulent, et consécutivement à la formation d'une fistule pulmonaire cutanée, il n'y a qu'un pas, que l'incident d'une disposition individuelle, d'une manière d'être du moment, d'une modalité particulière dans le travail phlegmasique.

L'existence de ces faits suffit-elle pour admettre l'existence en pa-

(1) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, par M. Lebert, p. 589.

thologie d'une forme de fistules pulmonaires cutanées différentes dans leur cause première des fistules étudiées dans le mémoire de M. Bouchut ? C'est là la question que je demande la permission de poser devant la Société sans vouloir positivement la résoudre. Leur nombre est trop restreint, trop dénué de caractères se prêtant à quelque généralisation, pour que je puisse en faire une histoire complète, intéressante surtout : je me bornerai à émettre sous forme de propositions les enseignements qui en découlent.

1° Il existe deux variétés de fistules pulmonaires cutanées distinctes, surtout au point de vue étiologique.

A. Les unes provoquées et entretenues par une affection pulmonaire antérieure ou concomitante;

B. Les autres provoquées et entretenues par un travail phlegmasique des parois thoraciques.

2° Le travail inflammatoire centripète qui prépare ces dernières peut revêtir la forme aiguë et constituer à lui seul un danger pour l'organisme, ou bien il peut affecter une marche chronique et passer inaperçu.

3° Les fissures pulmonaires cutanées ne sont qu'un accident, une complication fortuite d'affections dissemblables, sans gravité par elles-mêmes, à moins de communication avec la plèvre; elles subissent la destinée de la maladie qui les provoque.

4° De même que les fistules symptomatiques d'affections pulmonaires se rattachent, dans la grande majorité des cas, à l'évolution de la phthisie pulmonaire, de même les fistules symptomatiques d'une affection des parois thoraciques semblent se rattacher à l'évolution d'une maladie scrofuleuse congénitale ou acquise.

5° Par suite d'une certaine disposition organique de l'orifice de ces fistules ou de leur trajet, leur signe réputé pathognomonique, la sortie appréciable de l'air pendant l'expiration ou les efforts de toux, peut faire défaut d'une façon permanente.

M. Larrey insiste sur un fait qui a été signalé dans le rapport de M. Verneuil ; à savoir, la fréquence, chez les jeunes militaires, des abcès simples des parois thoraciques, et aussi des abcès symptomatiques de la carie des côtes et du sternum. Ces abcès donnent souvent lieu à des trajets fistuleux, et parfois à de véritables fistules communiquant avec la plèvre. Tous ces faits se trouvent parfaitement indiqués dans la thèse de M. Burdi, chirurgien militaire.

En terminant, M. Larrey demande si la dénomination de fistule broncho-cutanée, proposée par M. Verneuil, doit être acceptée.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pu donner dans son rapport qu'un court résumé du travail de M. Perrin, qui n'a pas oublié de mentionner la fréquence des abcès thoraciques chez les jeunes militaires, et qui se propose d'en faire l'objet d'un second travail tout spécial. Quant à la dénomination de fistule broncho-cutanée, il la croit bonne à conserver, parce qu'elle indique très-exactement les deux extrémités du trajet fistuleux.

— **M. GIRALDÈS**, au nom d'une commission chargée d'examiner une observation de M. le docteur Larbès, intitulée *Observation d'anévrysme faux consécutif de l'artère tibiale postérieure*, déclare qu'il n'y a pas lieu de faire un rapport sur ce travail, et se contente d'en demander le dépôt aux archives.

La Société adopte.

— **M. REYBARD** donne lecture d'un travail sur une nouvelle méthode d'autoplastie et sur un nouveau procédé de ligature.

Renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Broca et Verneuil.

— **M. PRÉTERRE** montre un malade et lit une note intitulée *Restauration d'une lésion traumatique des deux maxillaires; application d'un nouvel expédient de prothèse.*

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 18 janvier 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT met sous les yeux de la Société une petite fille de huit jours, qui est atteinte de plusieurs difformités.

Le crâne est étroit transversalement, très-saillant à la région frontale. La voûte palatine est déprimée longitudinalement d'avant en arrière, en gouttière. Nez déprimé, orbites enfoncés. Doigts palmés, excepté les pouces. Il en est de même des orteils. Aucun vice de conformation n'existe dans la famille.

M. FOLLIN présente un militaire sur lequel il a récemment pratiqué la trépanation de l'apophyse mastoïde pour faire disparaître une suppuration abondante de l'oreille qui durait depuis cinq mois, qui causait de très-vives douleurs, et qui avait entraîné la perte de l'ouïe de ce côté. Aujourd'hui la guérison est complète. On remarque une dépression et une cicatrice dans la région mastoïdienne. Le malade entend parfaitement.

C'est là seconde fois que M. Follin pratique une semblable opération. Chez son premier malade, qui était un homme de quarante-deux ans, le succès fut également complet. Dans les deux cas, il s'est servi d'une petite tréphine, et s'est contenté ensuite d'agrandir les bords de l'ouverture.

M. MOREL. J'ai pratiqué la même opération, il y a déjà quelques années, sur un homme de plus de soixante ans: j'obtins une guérison définitive, et il ne survint aucun accident.

M. FOLLIN montre un deuxième malade, âgé de vingt et quelques années, et qui est atteint d'une exstrophie considérable de la vessie. Au milieu d'une masse rougeâtre, qui est la paroi postérieure de la vessie, on voit les orifices des deux uretères, par lesquels s'écoule incessamment l'urine. Au-dessous existe une gouttière, qui représente le canal de l'urèthre. La terminaison des deux canaux éjaculateurs est facile à constater.

De chaque côté de la vessie existe une tumeur oblongue et verticalement située. Ce sont deux hernies assez volumineuses, recouvertes par la peau.

M. Follin, jugeant toute opération inutile, s'est contenté de faire construire par M. Charrière un appareil destiné à recevoir l'urine. C'est une espèce de cuvette métallique, qui se fixe à l'aide de deux ressorts à la manière de certains bandages herniaires. Un long tube en caoutchouc fait communiquer cette cuvette avec un réservoir de même substance, et qui peut se vider à volonté. Cet appareil doit subir quelques modifications, car il laisse encore quelque chose à désirer.

M. RICHARD. J'ai eu occasion d'opérer un homme atteint de la même difformité, avec cette différence toutefois que la tumeur était un peu plus volumineuse.

Quoique je n'aie pas été heureux, puisque mon malade a succombé au bout de quelques jours, je ne serais pas très-éloigné de conseiller une opération dans le cas qui nous est soumis.

J'ai lu dans un journal anglais une observation qui prouve qu'on

peut obtenir un succès complet. L'opération mise en usage est celle qui a été proposée par M. Nélaton pour la cure de l'épispadias.

M. FOLLIN. J'ai reculé devant toute tentative chirurgicale, parce que chez mon malade il n'y avait aucun moyen de reconstituer une vessie et un canal de l'urèthre. Je comprends qu'on essaye quand il y a une cavité vésicale. C'est ce que j'ai vu dans le temps sur un malade de l'hôpital de la Charité. Je sais qu'une opération a été faite à Strasbourg dans un cas analogue au mien. Le malade a succombé.

M. RICHARD ne pense pas que l'impossibilité de former un réservoir à l'urine soit aussi complète que M. Follin semble le dire. Un large lambeau quadrilatère pourrait être appliqué devant la paroi postérieure de la vessie, et il rendrait facile et utile l'usage d'un appareil.

M. MARJOLIN présente un jeune garçon de 6 ans 1/2 bien constitué, et atteint d'une tumeur fongueuse érectile du maxillaire gauche. Suivant les parents, cette affection remontait au plus à deux mois; ils n'en auraient été avertis que par les hémorrhagies assez fréquentes qui ont eu lieu depuis cette époque. La tumeur, qui n'est pas très-saillante, est d'un rouge un peu plus vif que la muqueuse buccale; elle occupe la moitié latérale gauche de la mâchoire supérieure. Au delà de la ligne médiane, la voûte palatine est saine. L'affection semblerait avoir eu pour point de départ le rebord alvéolaire; en effet, deux des molaires sont un peu ébranlées, et pour peu que l'on presse sur les gencives ou sur les dents, on provoque un écoulement de sang assez rouge et sans odeur. L'os ne semble pas avoir perdu de sa consistance normale, mais on sent au niveau de la voûte palatine des battements assez énergiques, isochrones à ceux du pouls.

M. MARJOLIN désire savoir quelle est l'opinion de ses collègues sur la détermination à prendre; faut-il, comme cela lui a été conseillé, tenter la compression directe à l'aide d'un petit appareil ou recourir aux injections de perchlorure de fer ou à la cautérisation galvanique? Ne vaut-il pas mieux attaquer franchement le mal et pratiquer la résection de la partie affectée?

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la lettre suivante, qui lui a été adressée par M. Sédillot, et qu'une erreur involontaire n'a pas permis de communiquer plus tôt à la Société.

« Monsieur le Président,

» Un de nos très-honorables collègues, M. le docteur Verneuil, a » présenté à la Société de chirurgie un malade auquel il avait heu- » reusement pratiqué une résection sous-périostée du coude.

» M. Verneuil avait dû sacrifier une partie du périoste altéré, mais » il pensait que les portions conservées de cette membrane avaient » contribué à la bénignité des suites de l'opération, à la rapidité et » au succès de la guérison.

» Ce fait, accueilli avec le plus grand intérêt, ne fut, je crois, l'ob- » jet d'aucune discussion à la séance où il fut communiqué.

» Les sciences d'observation et d'expérience, comme la chirurgie, » exigent en général des faits nouveaux pour la démonstration de » leurs découvertes, et nous en trouverons la preuve dans la question » des régénérations osseuses à la suite des résections sous-périostées.

» L'érudition, quels qu'en soient les avantages, est impuissante à » nous éclairer sur les résultats qui n'étaient ni prévus ni recherchés, » et les difficultés du problème ne peuvent être levées que par des » expériences instituées dans un but spécial et convenablement mul- » tipliées.

» Est-il dès aujourd'hui établi d'une manière authentique et irré- » futable qu'un os détaché sur l'homme, dans une assez grande » étendue, de sa gaîne périostique normale ou mélangée d'insertions » fibro-tendineuses et musculaires, se reproduit assez complétement » pour remplacer l'os ancien et en remplir les fonctions?

» La Société de chirurgie, composée des praticiens les plus éminents » de la capitale, et de correspondants nationaux et étrangers qui la » rendent le centre et le foyer de tous les travaux importants, réunit » les conditions les plus favorables pour poser les questions et les ré- » soudre, et nous sommes convaincu qu'elle s'occupera un jour des » résections sous-périostées, afin d'en fixer les indications et la valeur.

» N'est-il pas regrettable que l'anatomie pathologique n'ait pas été » invoquée pour éclairer la chirurgie sur les ressources de cette nou- » velle méthode d'opération?

» Les malades atteints d'affections chroniques des os sont ordinai- » rement d'une constitution lymphatique, et beaucoup d'entre eux, » après avoir heureusement invoqué l'intervention de la chirurgie, » succombent néanmoins quelques années plus tard à des accidents » diathésiques, à la phthisie ou à d'autres lésions intercurrentes.

» L'occasion ne saurait donc manquer de montrer les os reproduits » à côté des os enlevés, pour en apprécier les rapports et les diffé- » rences, et cependant on ne cite encore aucun fait de ce genre, » malgré l'importance supérieure et nécessaire d'une pareille démons- » tration.

» En attendant ce moment, la Société de chirurgie pourrait constater la valeur relative du fait qui lui a été soumis.

» J'hésite, je l'avoue, beaucoup à admettre qu'à la suite d'une résection du coude, dont la guérison s'est accomplie par suppuration, des lambeaux de périoste ou même une gaîne périostée, sans soutien et détachés par dissection ou traction d'os cariés, ramollis et ensuite réséqués, puissent servir de moule à la production de nouveaux os.

» Le malade de notre honorable collègue M. Verneuil apporte-t-il la preuve du peu de fondement de mes doutes à cet égard ? C'est la question que je me permets d'adresser, Monsieur le Président, à la Société de chirurgie. M. Verneuil et moi n'avons d'autres intérêts, dans ces recherches, que ceux de la science, et m'appuyant sur un motif aussi légitime et si sympathique à la Société de chirurgie, je sollicite la nomination d'une commission dont M. Verneuil ferait partie, et qui serait chargée de donner son opinion sur l'état du malade opéré d'une résection sous-périostée.

» On cite souvent, à l'honneur de l'ancienne Académie de chirurgie, l'envoi de trois de ses membres auprès d'un malade atteint d'une luxation du radius, avec mission d'éclairer la savante Compagnie sur cette curieuse lésion. Pourquoi la Société de chirurgie actuelle ne se montrerait-elle pas empressée à suivre un pareil exemple, alors même que la proposition lui en aurait été faite par un de ses simples membres correspondants? On aurait à constater dans quelle longueur, sous quelle forme et avec quels avantages fonctionnels, l'humérus, le radius et le cubitus se seraient réellement reproduits par l'action régénératrice des gaînes périostiques séparées des os réséqués, et tout en tenant compte des causes de doute et d'erreur, dès qu'on n'aurait pas sous les yeux des preuves anatomiques irrécusables, la Commission ferait connaître son jugement sur le fait qui lui aurait été soumis, signalerait les lacunes à combler, et mettrait ainsi à l'ordre du jour une question importante dont la solution devrait nécessairement l'intéresser, puisqu'elle touche au perfectionnement de notre art.

» Quelle que soit la décision de la Société de chirurgie, j'ose espérer, Monsieur le Président, qu'on ne verra dans ma proposition qu'un hommage à l'esprit de vérité et de progrès qui dirige tous vos travaux, et je vous prie d'agréer, etc. C. Sédillot. »

M. Larrey avait de son côté reçu une lettre de notre collègue de

Strasbourg ; mais comme cette lettre traite la même question que celle dont il vient d'être donné lecture, il croit inutile de la communiquer.

M. VERNEUIL. Comme je suis personnellement en cause, je prie la Société de se départir de ses habitudes, et de faire droit à la demande de M. Sédillot en nommant une commission. Notre collègue paraît attacher une grande importance à cette décision ; d'un autre côté, je sais que je ne suis pas infaillible, et ce que je désire avant tout, c'est que la vérité soit établie.

Le malade que j'ai opéré est depuis longtemps retourné dans son pays (en Franche-Comté, je crois). Mais je ne pourrais indiquer la localité. Je crains bien qu'on ne puisse donner satisfaction à M. Sédillot. Quant à moi, je ne puis ajouter aucun détail important à ceux contenus dans mon observation.

M. LARREY. M. Sédillot ne désire qu'une chose, c'est de s'éclairer ; mais il est évident qu'on n'arrivera à aucun résultat si on ne parvient pas à retrouver le malade.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Sédillot ne conteste pas la sincérité du fait ; mais comme il est unique, il est bon de l'entourer de toutes les garanties possibles.

Une commission, composée de MM. Verneuil, Larrey et Morel-Lavallée, est chargée de suivre cette affaire.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Dunal adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé *Etudes médico-chirurgicales sur les déviations utérines*. Paris, 1860, in-8°.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse à la Société, dans une lettre accompagnée d'une planche, la description d'un nouvel appareil prothétique pour le membre supérieur. Renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Laborie, Legouest, Larrey.)

— M. Désirabode, dentiste à Paris, envoie de nouvelles pièces relatives aux anomalies dentaires. Deux lettres accompagnent cet envoi, et l'auteur demande que la Société veuille bien désigner une commission pour examiner en même temps une autre série de pièces qu'il a fait déposer sur le bureau dans la première séance du mois de juillet dernier. (Commissaires : MM. Legouest, Gosselin, Jarjavay).

RAPPORTS.

M. LABORIE, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Cazeaux, Depaul et Laborie, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Bourgeois (de Turcoing).

Messieurs, vous avez entendu la lecture d'une lettre adressée par M. le docteur Bourgeois (de Turcoing), qui vous communiquait une observation intéressante de rupture de l'utérus, survenue au quatrième mois d'une grossesse chez une femme qui, mal conformée, avait dû subir une année avant l'opération césarienne. M. Bourgeois réclamait l'avis de la Société de chirurgie pour se guider dans ce cas difficile. Une commission, composée de MM. Danyau, Cazeaux, Depaul et Laborie, rapporteur, a été chargée d'examiner le fait en question, et de vous proposer une réponse aux demandes de notre confrère. J'ai l'honneur de vous communiquer le rapport de votre commission, et de vous soumettre ses conclusions.

La lettre de M. Bourgeois présentait trop peu de détails pour nous permettre d'apporter à la discussion un jugement suffisamment éclairé, aussi me suis-je empressé d'écrire à notre confrère pour le prier de vouloir bien combler les *desiderata* que laissait son observation. La réponse ne s'est pas fait attendre, et je résumerai comme il suit le fait dont il s'agit.

Mme S..., il y a seize mois, était arrivée au terme normal d'une première grossesse. La mauvaise conformation du bassin, qui ne présentait au détroit supérieur qu'un diamètre de 6 centimètres 1/2, ne permettant pas l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, MM. Bourgeois et Delpoulle pratiquèrent avec succès, pour la mère et pour l'enfant, l'opération césarienne (cette opération fut faite le 12 août 1858). Une deuxième grossesse suivit cette première, et la gestation était arrivée au quatrième mois et demi suivant la dernière communication de M. Bourgeois, au sixième mois suivant la première, lorsque tout à coup, sous l'influence d'un effort, se développèrent de violentes douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements abondants.

Le lendemain seulement de cet accident, Mme S... s'aperçut d'une déformation très-marquée du ventre. Une tumeur considérable faisait saillie à la partie inférieure et médiane du ventre.

Pendant huit jours les mêmes accidents persistèrent avec moins de violence cependant, et quelques intermittences de calme. Ce fut alors seulement que M. Bourgeois fut appelé.

3.

Voici comment M. Bourgeois décrit l'état de la malade :

L'aspect de l'abdomen est remarquable. Il a le développement qu'on est habitué à trouver chez les femmes à mi-terme. Une tumeur arrondie, d'un volume à peu près égal à celui d'une petite tête d'enfant venant au monde, proémine sous la peau du ventre, éraillée et tendue. Lorsque la femme est debout, cette tumeur tombe en avant du pubis, en forme de sac, et fait hernie à travers les muscles écartés. Si la femme se couche, on peut, par des pressions ménagées, faire rentrer la tumeur sous les muscles.

En palpant la tumeur, qui siége directement sous la peau amincie, on sent et on reconnaît parfaitement, par les saillies caractéristiques, les formes d'un jeune fœtus. J'ai pu prendre et saisir les pieds l'un après l'autre, et les suivre jusqu'au genou. On distingue bien que le fœtus n'est plus séparé de la peau par le corps résistant et globuleux de la matrice.

L'auscultation ne fournit aucun signe de vie de l'enfant.

Après avoir constaté avec curiosité cet état de choses, il était facile de diagnostiquer que le fœtus était hors de la matrice et qu'il y avait éventration, ou, si l'on aime mieux, hernie de la ligne blanche.

Je plaçai une ceinture ventrière assez serrée pour contenir le produit de la conception. Le repos au lit et quelques soins appropriés améliorèrent en quelques jours l'état de la malade.

Six semaines après, des douleurs de reins et de ventre se déclarèrent comme pour l'accouchement, et la femme eut une hémorrhagie utérine grave : il sortait par la vulve du sang noir, fétide, et par caillots.

Les douleurs continuèrent le lendemain; aucune apparence de travail. Cependant le ventre se ballonna, devint excessivement douloureux au moindre attouchement, et avec cela des vomissements continus, même renouvelés à chaque gorgée de boisson, de la constipation, une respiration courte, anxieuse, un pouls fébrile à 120, la peau chaude, la face grippée, l'insomnie, l'agitation : tels furent les symptômes de péritonite que j'eus à combattre, et qui se calmèrent sous l'influence de la belladone et du mercure doux.

Depuis lors il y eut toujours un écoulement continu d'un sang noirâtre et fétide à travers la vulve.

La grosseur du ventre a diminué depuis quelques semaines; la femme est obligée de resserrer sa ceinture ventrière. Elle ne sent que des mouvements passifs de ballottement, surtout lorsqu'elle est couchée.

Le 11 de ce mois (décembre), moitié du septième mois de la grossesse, l'écoulement de sang est devenu très-abondant. Il n'y avait aucune douleur.

Voulant constater l'état du col utérin, je pratiquai le toucher vaginal. Le museau de tanche était légèrement tuméfié, mais non ramolli; il était entr'ouvert, ainsi que le col utérin, dans sa moitié inférieure, tandis que la portion supérieure était fermée et résistante. Je ne puis opérer le phénomène du ballottement : il faut dire que l'étroitesse du bassin rend le toucher difficile.

Le ventre est évidemment diminué de volume; la peau ayant été fortement distendue, l'épiderme maintenant s'écaille, se fendille et se fane; la cicatrice abdominale, qui avant la grossesse était linéaire et qui s'était élargie il y a peu de temps en une ligne violacée de 4 ou 5 centimètres, est ramenée maintenant à 2 ou 3 centimètres. On ne sent plus les parties du fœtus; la percussion rend un son mat : on reconnaît qu'il y a un liquide, mais il doit être assez épais et doit exactement remplir le kyste, car on ne peut percevoir distinctement la sensation du ballottement des liquides. Le ventre est toujours déformé et en forme de sac qui tombe au-devant du pubis.

Aujourd'hui 27 décembre, fin du huitième mois, l'hémorrhagie est modérée; il n'y a plus qu'un suintement séro-sanguinolent toujours très-fétide.

Mme S... est mieux; elle a bon appétit, a recouvré un peu de forces; elle se lève depuis hier et fait quelques pas dans sa chambre.

Est-il permis, avec les renseignements donnés par M. Bourgeois, de déterminer la nature exacte de l'accident survenu? Telle est la question que nous avons dû nous adresser.

Dans une note ajoutée à l'observation, M. Bourgeois s'est attaché à donner la solution désirée. Nous avions dans notre lettre demandé à notre confrère si sa malade ne présenterait pas une grossesse extra-utérine, ou une simple hernie de l'utérus sous la peau à travers la ligne blanche, une véritable éventration.

Une grossesse extra-utérine nous avait paru admissible d'après le peu de détails fournis dans la première lettre; mais nous devons reconnaître que les nouveaux renseignements qui nous sont parvenus ne permettent plus de s'arrêter à cette idée. La manière dont le volume de la tumeur a diminué sous l'influence d'une perte d'abord et ensuite d'un écoulement abondant et de plus en plus fétide semble bien démontrer que l'œuf qui se vide d'une manière si manifeste est bien encore en rapport avec la cavité utérine.

Reste maintenant à déterminer la position exacte de l'œuf. Est-il bien contenu dans l'utérus, ou, suivant le diagnostic adopté par M. Bourgeois, est-il sorti de l'utérus, qui se serait assez largement déchiré pour le laisser pénétrer dans le ventre ?

Nous éprouvons une grande hésitation pour admettre absolument l'opinion de M. Bourgeois. N'ayant pas malheureusement sous nos yeux la malade, nous ne pouvons nous défendre de conserver les doutes les plus légitimes sur la nature des accidents. Les observations de rupture de l'utérus sont assez nombreuses, et de tous les symptômes signalés dans ces cas, le plus habituel manque, à savoir, l'hémorrhagie. Il est vrai que M. Bourgeois répond à cette objection en signalant la perte de sang noir et fétide survenue *six semaines* après l'accident. Il pense que, pendant ce long laps de temps, le sang aurait été retenu dans l'utérus. Cette appréciation nous paraît inadmissible.

Nous avons recherché dans différents ouvrages si des faits analogues ne se seraient pas présentés, et nous n'avons pu trouver un seul exemple de rupture de l'utérus à une période aussi peu avancée de la gestation survenue chez des femmes ayant précédemment subi l'opération césarienne. Notre savant collègue M. Danyau a bien voulu nous aider dans ces recherches, et, malgré ses grandes connaissances bibliographiques, il n'a rien trouvé d'analogue. MM. Depaul et Cazeaux n'ont pas été plus heureux.

Ainsi nous ne pouvons nous guider par la comparaison de faits analogues. Est-ce une raison suffisante pour ne pas admettre le diagnostic de M. Bourgeois ? Non, sans doute ; mais nous serons moins explicites que notre confrère. D'après les détails qu'il nous transmet, nous ne voyons aucune raison de ne pas admettre qu'il peut y avoir eu, en effet, rupture de l'utérus, ou, pour mieux parler, déchirure de cet organe au point probablement incisé précédemment. Par cette ouverture, une partie de l'œuf aurait fait hernie et se serait engagée dans la cavité abdominale, tandis qu'une autre partie serait restée dans l'utérus. L'œuf ainsi étranglé a cessé de vivre, et la partie liquide s'est écoulée par l'utérus en même temps que des adhérences placentaires, successivement détruites, donnaient lieu à des hémorrhagies.

La fétidité de l'écoulement, sa qualité séreuse, semblent parfaitement justifier cette appréciation, en même temps que l'issue de cet écoulement par les voies naturelles démontre quo l'œuf, tout en se vidant en partie, reste en rapport avec la cavité utérine.

Ainsi, en résumé, si la rupture de l'utérus a eu lieu, comme le croit M. Bourgeois en s'appuyant sur les symptômes qu'il décrit,

l'œuf ne s'est pas complétement engagé dans l'abdomen, il conserve assez de rapports avec l'utérus pour pouvoir se vider en partie par les voies naturelles. La diminution marquée de son volume, son accroissement de consistance, en même temps que la cessation des accidents inflammatoires et la suppression de la douleur, semblent démontrer que l'œuf, ainsi arrêté dans son développement, réduit peu à peu à ses éléments solides, tend à s'enkyster. Cette terminaison probable, tant que rien ne permettra d'admettre qu'elle n'aura pas lieu, doit éloigner toute idée d'intervention.

Votre commission croit donc pouvoir répondre à M. Bourgeois :

1° Que pour le moment il faut s'en tenir à l'expectation ;

2° Que si à une autre période des accidents survenaient, on devrait, avant de rien entreprendre, s'assurer, par l'exploration de l'utérus pratiquée à l'aide de l'hystéromètre, de son état réel de vacuité. Et seulement alors, si l'on reconnaissait que l'œuf est bien réellement dans la cavité abdominale, on aurait recours à l'extraction du fœtus par l'ouverture de la paroi abdominale.

3° Que si les accidents n'étaient pas trop pressants, on devrait donner la préférence aux caustiques pour pénétrer dans le kyste.

— La parole est ensuite à M. MONOD, qui fait savoir que la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Lespiau sur un prétendu nouveau traitement de l'ongle incarné, commission composée de MM. Deguise, Legouest et Monod, est d'avis qu'il n'y a pas lieu de faire un rapport sur ce travail, et propose de le tenir à la disposition de M. Lespiau. (Adopté.)

— M. LEFORT montre une pièce d'anatomie pathologique, et lit une observation qui s'y rapporte. Elle est intitulée *Anévrysme traumatique faux consécutif de l'artère sous-clavière droite ; ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites*. Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Giraldès, Houel et Deguise.

— M. ROBERT. J'ai été chargé de faire un rapport verbal sur la thèse de M. Ornellas. Cette thèse est relative aux polypes naso-pharyngiens, et a surtout pour but de préconiser la méthode de M. Nélaton, méthode qui consiste à couper le polype et à poursuivre ensuite la destruction du pédicule à l'aide de cautérisations multipliées.

Relativement à leur point d'implantation, les polypes naso-pharyngiens doivent être divisés en deux catégories.

Les uns, en effet, s'insèrent au milieu de la surface basilaire ; leur pédicule peut être facilement contourné et attaqué par la bouche. Le

procédé de Manne avec la modification de M. Nélaton leur est parfaitement applicable.

Les autres s'étendent depuis la suture pétro-occipitale jusqu'au trou déchiré. Ils ont en général trois prolongements, l'un dans le pharynx, l'autre dans la fosse nasale, et le troisième vers la fosse zygomatique. Pour ceux-ci, il est indispensable de sacrifier le maxillaire supérieur.

Mais, ajoute M. Robert, une autre question importante se présente: Faut-il se contenter de couper le pédicule ? ou bien est-il avantageux, après l'avoir coupé, de poursuivre la destruction de sa racine par des cautérisations répétées soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques ? Cette dernière manière de faire lui paraît constituer un traitement long, difficile et même dangereux. Rien ne prouve que les cautérisations aient prévenu les récidives. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont loin d'être favorables, et la proportion des morts est déjà considérable.

M. Robert se prononce formellement pour l'autre manière de faire, c'est-à-dire pour la section pure et simple du pédicule.

Ces tumeurs, en effet, ne sont pas de nature cancéreuse ; ce sont de simples productions hypertrophiques, qui peuvent même quelquefois s'atrophier sans opération.

Quatre polypes naso-pharyngiens ont été enlevés par lui, deux à l'aide d'une simple division de la voûte palatine, et deux autres après résection préalable du maxillaire supérieur. Dans tous ces cas, il s'est contenté de couper le pédicule. L'un des malades est opéré depuis treize ans, et sa santé continue à être parfaite. Un autre, cité dans la thèse de M. Ornellas, est opéré depuis dix ans ; c'est celui que M. Robert met en ce moment sous les yeux de la Société. On peut voir que le pédicule a un peu repoussé sous la forme d'une production molle qui n'a aucun mauvais caractère, et qui bouche en grande partie la perte de substance produite par l'extirpation du maxillaire. Il croit que ces deux faits peuvent être regardés comme des exemples de guérison définitive. Un autre malade opéré est en province, et puisqu'il ne s'est pas représenté, on peut en conclure qu'il est en bon état.

Quant au quatrième opéré, il y a un an seulement, on ne peut encore dire ce qui adviendra.

En terminant, M. Robert conclut en disant qu'il faut proscrire les cautérisations, se contenter de couper le pédicule aussi loin que possible, et de ruginer l'os auquel il s'insère. Il n'admet la cautérisation qu'au moment même de l'opération, en supposant qu'une hémorrha-

gie sérieuse se produise. C'est précisément ce qui a dû être fait pour le malade qui est mis sous les yeux de la Société.

M. VERNEUIL demande que la discussion soit remise à la séance prochaine.

M. GIRALDÈS fait observer que M. Robert avait annoncé un rapport sur la thèse de M. Ornellas, et il demande des conclusions.

M. ROBERT. En pareil cas, l'usage n'est pas de faire un rapport écrit. J'ai dit que le travail de M. Ornellas avait pour but de faire prévaloir la méthode de M. Nélaton, et je me suis prononcé pour une manière de faire complétement opposée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Affection musculaire congénitale. — M. BOUVIER. Un petit garçon de trois ans, admis dans mon service de l'hôpital des Enfants, était né avec deux pieds bots varus et deux mains bots cubito-palmaires. Sa mère avait appris inopinément la mort de son mari vers le quatrième ou cinquième mois de sa grossesse, et en avait ressenti une violente émotion. Cet enfant a été enlevé, le 9 janvier, par une rougeole compliquée de pleuro-pneumonie. Un examen minutieux du cerveau et de la moelle épinière n'y a rien fait découvrir d'anormal. Des quatre membres difformes, l'avant-bras gauche seul a été disséqué. Ses muscles présentent les altérations suivantes :

1° *Région antérieure.* — Le grand palmaire est très-grêle et décoloré, le cubital antérieur un peu moins atrophié, le rond pronateur tout à fait blanc et réduit à un petit faisceau qui n'a plus l'apparence musculaire. Au contraire, les fléchisseurs sublime et profond, le long fléchisseur du pouce, le carré pronateur, sont bien colorés et d'un volume normal. Les fléchisseurs sont seulement trop courts pour permettre l'extension complète de la main et des doigts.

2° *Région externe.* — Le long supinateur est très-grêle, réduit à ses parties tendineuses et à quelqnes fibres blanchâtres. On ne retrouve que l'extrémité inférieure des deux tendons des radiaux ; le reste, tout à fait rudimentaire, se confond soit avec le périoste de la partie inférieure du radius, soit avec une aponévrose qui tient au long supinateur. A la place du court supinateur, il n'existe qu'une couche mince, blanchâtre, ayant perdu l'aspect musculaire.

3° *Région postérieure.* — L'anconé est entièrement décoloré et fort atrophié. Le cubital postérieur, quoique grêle, est mieux conservé que l'antérieur. Extenseur commun des doigts, extenseur du petit doigt,

de couleur naturelle, mais d'un très-petit volume, et de plus allongés au delà des limites normales. Grand abducteur du pouce, long extenseur de ce doigt, extenseur de l'index, encore rouges, mais atrophiés ; court extenseur du pouce, décoloré, très-grêle, en partie confondu par son tendon avec le long abducteur.

Ainsi, les muscles de la région externe sont presque détruits ; ceux de la région antérieure en grande partie sains ; ceux de la région postérieure plus ou moins atrophiés, mais encore composés, pour la plupart, de fibres rouges, contractiles.

Les nerfs médian et cubital ont leur volume ordinaire ; le radial semble un peu réduit. On a pu remarquer que le plus grand nombre des muscles altérés sont animés par ce seul nerf. Cependant, si l'on rapporte cette altération à une affection portant sur les cordons nerveux, il faut admettre que cette affection a porté aussi sur des rameaux isolés du cubital et du médian.

Malgré l'intégrité apparente des centres nerveux, il est vraisemblable qu'une lésion musculaire ainsi étendue aux quatre membres dérive d'un trouble de l'innervation centrale[1], dont l'époque semble indiquée par la perturbation nerveuse qui a frappé la mère pendant sa grossesse. C'est un fait depuis longtemps signalé que la production des lésions musculaires, des rétractions en particulier, par les maladies nerveuses du fœtus. Je l'ai moi-même indiqué dès 1835 : seulement je l'ai regardé comme une *exception* dans l'étiologie des difformités natives ; d'autres en ont fait la *règle* depuis.

Toutefois, dans le cas présent, la rétraction musculaire ne me paraît pas le premier effet de la lésion nerveuse. Je la croirais plutôt consécutive à la destruction partielle des muscles primitivement affectés, comme dans les paralysies observées après la naissance et suivies de la rétraction des antagonistes des muscles atrophiés. Je me fonde sur le peu de raccourcissement des muscles contracturés, sur l'intégrité de leur tissu, double circonstance indiquant un fait récent, tandis que l'altération profonde subie par les muscles opposés doit être un événement plus ancien.

La dissection de cette pièce jette quelque jour sur des faits cliniques qui ont déjà fixé l'attention des médecins, surtout depuis les travaux de M. Duchenne (de Boulogne). On y voit, en effet, tous les degrés de la disparition de l'élément contractile des muscles, tels qu'ils ont été reconnus dans d'autres circonstances sur le vivant, à l'aide de la palpation, de l'étude des mouvements physiologiques et de l'électrisation musculaire.

L'anatomie complète ici les données de la pathologie. Il reste à déterminer la nature de l'altération éprouvée par la substance musculaire. A l'œil nu, cette altération ne paraît graisseuse que dans quelques points ; un de nos collègues veut bien se charger de l'étudier à l'aide du microscope.

Le pronostic de cette affection était nécessairement grave au point de vue des fonctions des membres. On ne pouvait refaire les muscles détruits. Cependant on eût pu être un jour utile à l'enfant en remédiant au raccourcissement des muscles rétractés, en redonnant quelque action aux muscles simplement affaiblis, et en suppléant par la prothèse, par des fils élastiques ou des ressorts d'acier, aux muscles à jamais perdus.

M. LARREY demande si le membre était dans un état permanent de pronation. Pour son compte, il a été frappé de la constance de cette direction dans les cas de rétraction musculaire. Il importe de bien connaître ce fait pour s'opposer, dès l'origine, à cette tendance.

M. BOUVIER répond que la remarque de M. Larrey est parfaitement juste. La pronation est un phénomène presque constant.

— M. DESORMEAUX présente un calcul qu'il a extrait hier par la taille bilatérale.

Le malade est un homme de la campagne, âgé de quarante-huit ans, d'une bonne constitution et qui a toujours eu une bonne santé, à part les accidents déterminés par son calcul.

Il y a douze ans, il a commencé à éprouver quelques troubles dans les fonctions de la vessie. Pendant longtemps, ce ne fut qu'une légère difficulté dans la miction, avec des envies fréquentes d'uriner. Il y a six ans, il fut atteint pendant deux mois environ d'une rétention d'urine. Les chirurgiens qui le traitaient cherchèrent vainement une pierre ; ils ne purent la trouver. Le malade guérit de sa rétention d'urine, mais conserva des envies fréquentes d'uriner et des douleurs en urinant. Ces symptômes augmentèrent tellement, qu'en dernier lieu il était forcé de rendre tous les quarts d'heure, même la nuit, la petite quantité d'urine qu'il avait dans la vessie ; souvent même l'urine coulait involontairement d'une manière continue.

Les douleurs ont toujours été modérées, et se faisaient sentir, surtout après l'expulsion de l'urine, au-devant de l'anus et vers le gland. Jamais le jet n'est arrêté brusquement.

En introduisant la sonde, on sentait dans sa concavité un calcul

situé dans le col de la vessie et qui paraissait d'un assez gros volume, bien qu'on ne pût le mesurer même approximativement. Ce calcul était rugueux, inégal, et complétement immobile à la partie antérieure du col de la vessie.

M. Desormeaux choisit la méthode bilatérale, à causo du volume de la pierre, et surtout parce que, dans le cas où le calcul aurait des adhérences solides, l'incision transversale, s'étendant également des deux côtés, donnerait plus de facilité pour les manœuvres à exécuter.

Après l'ouverture du col, le doigt, introduit dans la vessie, sentit à la partie antérieure de l'organe un calcul rugueux offrant une surface plane parcourue par une gouttière antéro-postérieure. La muqueuse se trouvait au niveau de cette surface, formant même un bourrelet qui recouvrait ses bords et son extrémité antérieure, ne laissant libre que l'extrémité postérieure. L'extrémité antérieure du calcul arrivait jusqu'à l'entrée de l'urèthre.

Ce calcul ne pouvant être saisi avec les tenettes, à cause de son enchatonnement, M. Desormeaux le saisit par derrière au moyen d'une curette, puis, après l'avoir dégagé à l'aide du bout de l'indicateur gauche du bourrelet muqueux qui l'enchatonnait, il l'amena en le maintenant dans la curette avec le doigt.

Le calcul pèse 36 grammes; sa densité paraît assez faible; sa surface est grenue, d'un blanc jaunâtre. Il a la forme d'une pyramide triangulaire à sommet tronqué par un plan oblique. L'angle antérieur et les faces latérales, qui étaient en contact avec la paroi antérieure du col, sont parsemés de petites anfractuosités dans lesquelles se trouvaient, au moment de l'opération, des débris de matière charnue d'apparence fongueuse. Sa face postérieure présente une gouttière longitudinale par laquelle sortait l'urine, et dans laquelle passaient les sondes. Il offre les dimensions suivantes: de la base au sommet, 5 centimètres; sa plus grande arête (la supérieure), 55 millimètres; le plus grand côté de sa base, 33 millimètres; le plus petit, 3 centimètres. Chacun des angles de cette base présente un mamelon qui termine une des arêtes du prisme.

La position de ce calcul dans le col de la vessie et jusque dans son orifice explique les envies fréquentes d'uriner et l'incontinence. Son immobilité était sans doute la cause du peu de douleur qu'il causait, malgré sa forme anguleuse, en même temps qu'elle explique pourquoi il n'y avait pas d'arrêt brusque dans le jet.

Enfin, si des chirurgiens habiles ne l'ont pas trouvé à une époque où il devait déjà exister, c'est sans doute parce que, fixé à la partie

antérieure de la vessie, il était hors de la portée de la sonde dirigée vers les points où l'on cherche d'ordinaire les pierres.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Depaul.

Séance du 25 janvier 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Huguier demande la parole pour compléter l'observation de l'hermaphrodite présenté par lui dans une des séances précédentes. Une opération qu'il vient de pratiquer sur cet individu lui a permis de mieux apprécier la véritable disposition des organes génitaux.

Voici en quoi a consisté cette opération :

Une incision verticale a été faite depuis l'orifice, situé au-dessous du clitoris, jusqu'à une petite distance de l'anus. Une ouverture ovalaire en a été la conséquence, au fond de laquelle on a trouvé l'orifice de l'urèthre en haut et l'entrée du vagin en bas. Le petit doigt a pu être introduit dans ce dernier conduit, qui a paru très-normalement conformé. On remarque même à son entrée et en arrière un petit repli en demi-lune, qui représente très-bien la membrane hymen.

M. Huguier croit en outre avoir constaté, par le toucher rectal, la présence d'un utérus. Pour s'opposer au rétrécissement de l'ouverture qu'il a pratiquée, il a taillé un lambeau triangulaire aux dépens de la peau voisine de l'anus, et, l'appliquant à la partie inférieure de la fente vulvaire qu'il venait de créer, il s'en est servi pour former un périnée. Une réunion immédiate a été obtenue.

Il n'aurait pas été exact de dire que chez cette malade l'urèthre s'ouvrait dans le vagin. Ces deux conduits, parfaitement distincts, s'ouvraient au contraire séparément dans une cavité dont la paroi antérieure a été détruite par la première incision qui a été pratiquée.

A l'occasion du procès-verbal, M. Verneuil signale sommairement une observation d'exstrophie de la vessie traitée avec succès par une méthode autoplastique.

Elle est rapportée dans un travail de M. Ayres, et elle prouve que les tentatives de ce genre peuvent être quelquefois suivies d'un heureux résultat.

M. BROCA demande la parole à l'occasion du procès-verbal et rend compte de l'examen microscopique des muscles de l'avant-bras présentés dans la dernière séance par M. Bouvier, et provenant d'un enfant atteint de main bot congénitale. Il n'a examiné que quelques-uns de ces muscles, pour ne pas détériorer la pièce, qui devait être dessinée par M. le docteur Etcheveria.

A l'œil nu ces muscles étaient pâles, mais ne paraissaient pas avoir subi d'altération graisseuse. Toutefois, les préparations microscopiques ont montré que ces muscles présentaient un assez grand nombre de stries adipeuses interfibrillaires; en outre, la plupart des fibres étaient le siége de l'altération granulo-graisseuse qui a déjà été décrite ; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que certaines fibres avaient conservé en certains points leur structure normale et leurs stries transversales, tandis qu'un peu plus loin les *mêmes fibres* étaient devenues complétement granuleuses.

C'est la première fois que M. Broca constate cette disposition dans les cas de ce genre.

Dans les muscles atteints d'*altération graisseuse primitive,* affection toute spéciale et bien différente de celle-là, il a vu plusieurs fois des tronçons de fibres musculaires parfaitement intacts entre deux points profondément altérés. Mais dans l'altération granulo-graisseuse consécutive à une paralysie ou à une difformité, il avait toujours vu jusqu'ici les lésions se répartir uniformément sur toute la longueur d'une même fibre musculaire.

M. Etcheveria, ayant complété l'examen de la pièce, a remis la note suivante à M. Bouvier :

Région antérieure. — Le grand palmaire, outre les deux formes d'état graisseux reconnues par M. Broca, c'est-à-dire des vésicules adipeuses interposées et des granulations graisseuses dans les fibres mêmes, présente d'autres granulations moins abondantes, de nature azotée.

Dans le rond pronateur, la substitution graisseuse est générale; toutes les fibres sont remplies de granulations graisseuses.

Les autres muscles de cette région ont des fibres striées et du diamètre normal.

Région externe. — Les fibres du long supinateur sont complétement remplacées par des vésicules adipeuses, que l'on voit rangées par places en forme de chapelet au milieu des capillaires et des fibres du tissu lamineux provenant du myolème.

La membrane mince, qui occupe la place du court supinateur, est

constituée par des fibres lamineuses entre lesquelles on aperçoit plusieurs vésicules adipeuses et un grand nombre de granulations fines, les unes graisseuses, les autres azotées, avec très-peu de capillaires.

On sait qu'il ne restait rien du corps charnu des muscles radiaux.

Région postérieure. — L'anconé et le long extenseur du pouce offrent des fibres d'un aspect gélatiniforme, très-finement granuleuses, comme les muscles frappés par la maladie décrite sous le nom d'*atrophie musculaire générale progressive.*

Il y avait encore quelques fibres striées normales dans le long extenseur du pouce. L'anconé seul présentait quelques vésicules adipeuses.

Les fibres de l'extenseur commun des doigts, des extenseurs du petit doigt et de l'index, sont normales.

On a trouvé les muscles de la main intacts, à l'exception du quatrième lombrical, qui n'existait pas, et du premier, dont les fibres charnues, d'un blanc jaunâtre, étaient remplacées par des granulations graisseuses.

Les nerfs du membre n'ont rien présenté d'anormal à l'examen microscopique.

Les os de l'avant-bras et de la main sont tous complets. Les noyaux osseux des épiphyses du poignet sont à peine développés; le cartilage de ces épiphyses est normal. La moelle de ces os, particulièrement au carpe, se distingue par des vésicules adipeuses plus abondantes qu'elles ne le sont ordinairement dans l'enfance.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Monod qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. M. Monod se trouvant dans les conditions prévues par le règlement, la Société consultée fait droit à sa demande. En conséquence M. le président annonce qu'une place est déclarée vacante dans la Société de chirurgie.

CORRESPONDANCE.

— M. Giraldès fait hommage à la Société de la 2e édition de ses *Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.* Paris, 1860, in-4o.

— M. Civiale fait hommage à la Société du troisième volume de la 3e édition de son *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1860, in-8o.

— M. Philippeaux, de Lyon, candidat à la place de membre correspondant, adresse un mémoire intitulé *Observations et Remarques sur*

l'extirpation d'une tumeur cellulo-graisseuse située dans la région périnéale profonde. (Commissaires : MM. Richard, Demarquay, Boinet.)

— M. Chassaignac dépose sur le bureau, au nom de M. Battey (Robert), de Géorgie (États-Unis d'Amérique), un manuscrit intitulé *Fistule vésico-vaginale. — Nouvelle méthode.* (Commissaires : MM. Chassaignac, Guérin, Giraldès.)

RAPPORT.

M. DEMARQUAY donne lecture du rapport suivant, sur un mémoire de M. Bourguet (d'Aix en Provence), relatif à la rupture du tendon rotulien.

Il y a quelque temps, notre honorable collègue M. Morel vous a présenté un rapport très-savant sur un premier mémoire adressé par M. Bourguet, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. Dans ce travail, notre honorable confrère cherche à démontrer que l'humérus peut se luxer en haut. — Dans ce second mémoire, moins important que le premier, il rapporte un fait de rupture du tendon rotulien, et, à propos de ce fait, il se livre à des considérations intéressantes sur les particularités présentées par le cas soumis à son observation : il discute en outre les diverses idées qui ont été émises sur la gravité de cette rupture, et le mode de traitement qu'il convient de lui appliquer.

Lorsque, en 1842, je publiai mon mémoire sur la rupture du tendon du droit antérieur de la cuisse, j'avais eu la pensée de le compléter en publiant un second mémoire sur la rupture du tendon rotulien; mais le peu de faits que j'ai pu réunir à cette époque me détourna de cette idée. — Depuis (1842) les ruptures du tendon rotulien ont été mieux étudiées, des faits intéressants ont été publiés par MM. Baudens, Bonnafont, Payen, Piachaud, et enfin A. Baudens, réunissant les faits connus à ceux qu'il avait observés, publia sur ce sujet dans la *Gazette médicale* un long travail où il préconise l'application de son appareil de fracture de jambe.

Plus récemment encore, un ancien interne des hôpitaux, M. Binet, a publié dans les *Archives de médecine* un mémoire sur le même sujet, où il joint aux faits déjà connus ceux qui lui ont été communiqués par ses collègues. Et si le mémoire de M. Bourguet vient en troisième ligne comme date, c'est ma faute, car voilà longtemps que j'aurais dû vous communiquer ce rapport. Avant de discuter devant vous les différents points du mémoire que je dois vous faire connaître, voyons d'abord le fait qui en a été l'occasion ; il est d'autant plus important

de le faire connaître, qu'il présente quelques particularités intéressantes.

Obs. — Madame X..., âgée de cinquante ans, bien constituée, fortement chargée d'embonpoint, marchait dans une rue détournée, le 24 novembre 1849, lorsque une botte de foin, du poids de 50 à 60 kilogrammes, lancée d'une hauteur d'environ 10 mètres, vint l'atteindre à l'épaule droite et au côté correspondant du corps. Surprise à l'improviste, elle chancelle quelques instants, perd terre du pied droit et roidit fortement la jambe gauche ainsi que le tronc, afin de prévenir une chute en arrière. Malheureusement le poids considérable de la botte de foin, joint à l'impulsion qu'elle avait acquise en tombant, l'emportant, madame X... est renversée, et se trouve après sa chute la jambe droite en dessus et la jambe gauche en dessous. M. Bourguet, appelé aussitôt après l'accident, constate du côté du genou gauche les phénomènes suivants : il est très-douloureux à la moindre pression, surtout en avant et en bas, sur le trajet du ligament rotulien; la jambe est à demi fléchie sur la cuisse, elle ne peut plus supporter le poids du corps. La rotule est plus saillante, et se trouve plus élevée de cinq centimètres que sur le genou sain; elle est peu mobile, ou du moins elle n'offre pas la mobilité en tous sens qu'elle présente pendant le relâchement des muscles fémoraux; ces derniers sont tendus et contractés, particulièrement le droit antérieur et le triceps.

Immédiatement au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia, à la place occupée par le tendon sous-rotulien, on sent un vide dans lequel le doigt s'enfonce, et au fond duquel on peut sentir les surfaces articulaires du tibia et du fémur, ainsi que l'épine du tibia.

Le tendon, arraché ou rompu à son attache inférieure, se sent par son bout supérieur, à 2 ou 3 centimètres de la tubérosité tibiale; tandis qu'en haut il a conservé ses rapports avec le sommet de la rotule. Les mouvements d'extension et d'élévation du membre sont impossibles; ceux de flexion sont conservés, mais très-douloureux. L'extrémité supérieure du tibia est légèrement portée en arrière; les surfaces articulaires du fémur et du tibia paraissent moins serrées que dans l'état normal, ce qui donne au genou une légère apparence de dislocation. Quand on imprime des mouvements articulaires, on ressent dans l'articulation de légers craquements, ainsi qu'un peu de crépitation aux environs de la tubérosité tibiale.

M. Bourguet applique immédiatement une attelle à la partie postérieure du membre malade, le recouvre de compresses trempées dans un liquide résolutif. Le tout est maintenu par un bandage de Scultet.

La malade est transportée chez elle, et le membre est mis dans une position déclive. Une saignée du bras est pratiquée; le lendemain on observe un gonflement considérable du genou gauche; ce dernier est toujours douloureux : 40 sangsues sont appliquées.

Au bout de quatre jours, c'est-à-dire le 28 novembre, M. Bourguet applique un appareil, dont le but est d'amener l'immobilité du membre, en même temps qu'un abaissement de la rotule.

Cet appareil, recommandé par notre honorable collègue, est formé par une attelle bien matelassée et placée dans le creux pôplité; la rotule est environnée de ouate et de compresses graduées; une de celles-ci est mise au-dessus de la rotule, afin de ramener cet os à sa place normale. Le tout est maintenu en place par un appareil de Scultet. Par-dessus cet appareil passe obliquement une espèce de bretelle, qui se fixe de chaque côté et obliquement sur le drap fanon, afin de maintenir la rotule abaissée.

Cet appareil, au 4 décembre, est remplacé par un appareil dextriné, méthodiquement appliqué.

Le 24 du même mois, c'est-à-dire un mois après l'accident, on enlève l'appareil; le ligament rotulien paraît solide; mais le genou reste enflé, douloureux; on cherche vainement à imprimer des mouvements à l'articulation. La malade ne peut point les supporter; un traitement résolutif est institué; des cataplasmes, des onctions résolutives sont mis en usage, et cependant au bout de trois mois tout mouvement est encore douloureux.

La malade peut à peine se tenir debout.

Au bout de cinq mois, après avoir pris les eaux d'Aix, elle peut à peine marcher avec des béquilles. Dix-huit mois après l'accident, il existe encore du gonflement du genou et de la gêne considérable dans la marche.

Le sujet de cette longue et intéressante observation est revu huit ans après l'accident, et M. Bourguet constate les résultats suivants :

La jambe gauche est beaucoup plus faible que la droite; tout le membre correspondant est notablement plus grêle. La marche est gênée, disgracieuse, et s'exécute en fauchant. La malade paraît boiteuse, quoique les deux membres présentent la même longueur; elle vaque à ses occupations dans la maison, mais il lui est impossible de faire de longues courses au dehors; tout au plus peut-elle faire une lieue à pied; il lui est entièrement impossible de se mettre à genoux. Elle éprouve assez de difficulté pour monter et descendre les escaliers. Lorsqu'elle veut les monter, elle commence par mettre le pied droit.

en avant, à cause de la facilité plus grande qu'elle éprouve à plier le genou de ce côté. Si elle met le pied gauche le premier, elle ne peut monter qu'en s'aidant fortement à la rampe de l'escalier, et elle ressent de la douleur dans le genou pour les descendre; au contraire, elle avance d'abord le pied gauche et fait reposer sur lui le poids du corps pendant qu'elle plie le genou droit.

La flexion de la jambe sur la cuisse est toujours très-bornée et ne dépasse pas 125 à 130 degrés.

Les causes qui empêchent de fléchir davantage sont :

1° La roideur générale de la jointure;

2° La mobilité beaucoup moindre de la rotule, que l'on ne peut ni soulever ni déplacer à droite et à gauche;

3° La brièveté du tendon sous-rotulien, qui présente 5 millimètres de moins que celui du côté opposé sous la peau;

4° La formation très-probable de brides ou d'adhérences intra-articulaires, auxquelles nous paraissent devoir être rapportées la gêne des mouvements, leur peu d'étendue, etc., etc.

Voilà le résumé succinct de l'observation intéressante qui nous a été adressée par M. Bourguet. Le résultat fâcheux de cet accident prouve combien ce genre de lésion présente de gravité. Si, en effet, on examine avec soin les observations de rupture du tendon rotulien qui ont été publiées dans ces dernières années on voit qu'un bon nombre des malades n'ont point été plus heureux que la malade de M. Bourguet. En effet, les malades qui font le sujet des observations recueillies par MM. Bonnafont, Baudens, Payen, marchèrent avec peine longtemps même après leur accident. Le cas rapporté par M. Payen se termina par une ankylose.

Dans un temps plus éloigné, les malades de Galien et de Duverney ne furent pas plus heureux; toutefois, il faut le dire, à côté de ces cas malheureux il en existe un bon nombre dans lesquels on voit les malades se rétablir dans une période de quatorze jours à six mois; tels sont les faits publiés par les docteurs Norris, Eugène Nélaton, Cuiseau, Geoffroy, Sabatier, Baudens, Grebens, Piachaud, Larrey, Vanderlinden, et encore, dans ces cas heureux rapportés par les auteurs qui précèdent, il en est plusieurs qui laissent un doute dans l'esprit. Il est bien dit que ces malades ont guéri de leur lésion, mais ont-ils repris le libre exercice de leurs membres? marchaient-ils après la guérison aussi bien qu'avant l'accident? Ce sont là des questions insolubles, les auteurs se taisant à ce sujet. Je suis convaincu que la plupart de ces malades, soumis au dynamomètre, présenteraient,

comme les sujets affectés de fracture de rotule, un déchet dans la force musculaire, ainsi que cela a été observé par M. Malgaigne.

La cause de ces insuccès, d'ailleurs, s'explique tout naturellement :

1° Par l'insuffisance de soins ;

2° Par les complications qui peuvent survenir à l'instant même, comme l'infiltration sanguine de la partie blessée, l'épanchement de sang et de synovie dans l'articulation du genou ;

3° Enfin, par une arthrite plus ou moins grave venant compliquer la lésion qui nous occupe.

Joignez à ces complications presque nécessaires d'autres purement accidentelles, comme la fracture de la rotule observée par M. Bonnafont, l'arrachement de la tubérosité du tibia signalée par M. Richet et M. Eugène Nélaton, et une lésion plus ou moins grave des parties molles.

Avant d'aborder le chapitre du travail de notre honorable confrère où il est question du traitement, j'exprimerai un regret, c'est que l'auteur n'ait point utilisé les faits que j'ai signalés plus haut pour étudier quelques points relatifs à la rupture du tendon, et qui sont vraiment dignes d'intérêt ; au lieu de nous adresser une observation curieuse suivie de considérations judicieuses, il eût fait un mémoire vraiment intéressant s'il eût exposé avec soin toute la symptomatologie et le diagnostic de cette affection ; d'autant mieux qu'il suffit d'être prévenu de la possibilité de l'accident pour ne pas le confondre avec aucune lésion de voisinage, comme la fracture de la rotule et la déchirure du tendon du droit antérieur.

Je donne en ce moment des soins, avec notre honorable confrère M. Duplay, à un jeune collégien de quinze à seize ans qui s'est rompu le tendon rotulien gauche en jouant avec ses camarades. Au moment où il s'élançait pour sauter par-dessus un de ces derniers, il éprouva une violente douleur dans le genou gauche ; en retombant, il fit porter tout le poids du corps sur la jambe droite, et, soutenu par ses camarades, il ne tomba point par terre, et fut immédiatement porté dans son lit.

Un examen attentif fit constater tous les symptômes signalés par les auteurs des observations citées plus haut, à savoir : déformation du genou ; la rotule, plus saillante, se trouve reportée en haut, et plus éloignée de la crête du tibia de 2 ou 3 centimètres ; il existe une dépression correspondante au tendon rotulien ; les doigts portés dans ce point pénètrent dans un enfoncement où on reconnaît facilement les condyles du

tibia ; du sang est épanché dans toute cette région ; l'articulation du genou est elle-même distendue par un liquide probablement sanguinolent. En exagérant un peu les mouvements de flexion, qui sont douloureux, il est facile de reconnaître que le tendon est rompu vers sa partie moyenne. Tous les mouvements imprimés au genou gauche sont douloureux : la flexion est le seul mouvement volontaire que le malade peut imprimer à cette articulation.

Les faits connus dans la science ne sont pas assez nombreux pour permettre d'établir nettement l'influence de l'âge sur cette rupture, non plus que celle relative au membre le plus souvent affecté, quoiqu'à la rigueur on puisse déjà établir que le membre gauche y est plus prédisposé que le droit. En effet, je vois que sur treize observations où le membre est indiqué, la rupture a lieu dix fois à gauche et trois fois à droite.

Quant aux causes, elles sont très-simples : ou bien la rupture a lieu sous l'influence d'une violente contraction musculaire, ou par suite d'une chute ; dans ce cas, on peut encore se demander si la chute n'a point été elle-même le plus souvent le résultat de la rupture tendineuse.

Deux points encore pouvaient être élucidés avec les faits que nous avons sous les yeux :

1° Les diverses variétés que ces ruptures peuvent présenter ;

2° Enfin, les déplacements que la rotule peut subir au moment même de l'accident.

Nous verrons plus tard ce que ce déplacement devient sous l'influence du traitement.

1° *Des espèces ou variétés de déchirures.* — Il en est de complètes et d'incomplètes ; ces dernières ont été vues par MM. Larrey et Richet. Quant à celles qui sont complètes, les unes ont lieu au point même d'implantation du tendon du tibia ; tels sont les faits signalés par MM. Baudens, Bonnafont, Piachaud, etc. ; d'autres ont lieu au-dessous de la rotule : ce sont les cas vus par MM. Larrey, Eugène Nélaton, etc. ; enfin, les moins communes de ces ruptures ont lieu vers le milieu du tendon : le docteur Grebens et moi avons observé cette variété. Relativement au déplacement de la rotule, il n'est peut-être pas aussi grand qu'on le croirait au premier abord. Mon jeune malade avait la rotule gauche remontée sur le genou de 2 à 3 centimètres en plus que le côté droit. MM. Baudens, Piachaud et Geoffroy signalent aussi une élévation de 2 centimètres du côté où le tendon rotulien a été rompu. La malade de M. Bourguet en présentait 5.

Si j'ai fait quelques réserves relatives à certains points du trava l de notre honorable collègue, je serai plus explicite au sujet du traitement qu'il a exposé avec soin; toutefois il est certains points sur lesquels je me permettrai d'avoir un avis différent, sans nuire, je l'espère, à sa candidature.

Pour M. Bourguet, le traitement de cette lésion tendineuse doit avoir pour but :

1° De combattre l'épanchement sanguin intra et extra-articulaire, et les symptômes inflammatoires du début ;

2° Rapprocher les bouts divisés du ligament rotulien ;

3° Maintenir les parties dans l'immobilité pendant tout le temps nécessaire à la réunion ;

4° Enfin, prévenir l'ankylose.

Le traitement est très-rationnel. Voyons maintenant par quels moyens M. Bourguet va réaliser le but qu'il se propose d'atteindre. Nous ne dirons rien des moyens à l'aide desquels on combattra les accidents primitifs, à savoir : les épanchements intra ou extra-articulaires , ainsi que l'arthrite qui est liée à cet état ; ces moyens sont connus de tout le monde.

Pour arriver à ramener la rotule à sa position normale, et partant le tendon rotulien à sa place , M. Bourguet a eu recours au bandage de Scultet modifié. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans le résumé de son observation , cet appareil , appliqué quelques jours après l'accident, avait paru avantageux au chirurgien d'Aix ; puis comparant cet appareil à ceux qui ont été mis en usage dans de pareilles circonstances, et qui tous ont été empruntés à la collection si nombreuse des appareils imaginés pour le traitement des fractures de la rotule, il prouve, à mon sens, que ces appareils n'ont point l'importance qu'on leur donne, et surtout celle que Baudens avait donnée à son appareil. La chose importante, c'est la position et un traitement favorable à la résorption des liquides épanchés. Tout récemment, j'ai vu sur un jeune malade combien il est difficile et pénible pour les malades de ramener la rotule à sa position normale avant que tout le liquide épanché soit complétement résorbé. J'ai fait construire par M. Charrière un appareil ingénieusement exécuté, qui maintenait le pied, la jambe et la cuisse immobiles, et permettait, à l'aide d'une courroie transversale bien matelassée, de fixer la rotule dans une bonne position. Cet appareil , sur lequel je comptais beaucoup , finit néanmoins par fatiguer le malade et par excorier les parties , et je dus recourir enfin à un appareil dextriné, qui me permit de remplir

toutes les conditions de consolidation que je cherchais ; seulement je crois qu'il ne faut l'appliquer que dans de bonnes conditions, c'est-à-dire quand le gonflement articulaire a disparu, et qu'il ne se fait pas sous l'appareil un vide nuisible à la bonne consolidation des parties. Il va sans dire que les appareils en stuc ou d'amidon rempliraient absolument le même but.

Combien de temps les malades garderont-ils cet appareil ? M. Bourguet enleva son appareil dextriné au bout d'un mois, et il trouva le genou gonflé et douloureux. Mon jeune malade, au bout de deux mois, était dans un état satisfaisant : le genou était à peu près normal ; mais le tendon rotulien me parut mou, et je condamnai de nouveau mon malade à l'immobilité. Comme nous sommes loin du conseil donné par Baudens, d'imprimer des mouvements de flexion au genou malade à partir du vingtième jour, afin de prévenir l'ankylose de l'articulation fémoro-tibiale !

Le conseil donné par ce chirurgien militaire repose sur un fait vrai signalé par M. Bouvier, et que nous avons eu occasion de vérifier, à savoir, qu'à partir du vingtième jour les tendons divisés sont reformés. Mais ce qui est vrai pour un tendon divisé avec un ténotome n'est plus vrai pour une rupture violente d'un tendon au contact d'une articulation qui va devenir malade. D'ailleurs, le but que l'on cherche en divisant un tendon, c'est l'élongation ; tandis que dans le traitement d'une rupture tendineuse, c'est le rapprochement des bouts divisés aussi immédiatement que possible ; car, en dehors de cette condition, le malade perdra nécessairement de ses forces (1). Je repousse donc avec M. Bourguet le conseil de Baudens, et, pour mon compte, je ne chercherai à ramener les mouvements de l'articulation du genou de mon jeune malade qu'après une consolidation parfaite du tendon rotulien, bien convaincu qu'il me sera plus facile de remédier à une rigidité articulaire chez un jeune homme, qu'à une élongation ou un affaiblissement du tendon rotulien.

Je pourrais encore présenter quelques considérations sur la rupture du tendon rotulien ; mais peut-être seraient-elles trop personnelles et pas suffisamment liées au travail de M. Bourguet.

---

(1) La preuve qu'il en est ainsi, c'est que dans les observations où l'on a tenu compte de l'état du tendon après la guérison, on voit que celui-ci est allongé, ce qui explique la faiblesse du membre ; cependant, dans le fait de M. Bourguet, il y a un raccourcissement de cinq millimètres.

Je termine donc ce rapport en vous proposant :

1° D'adresser des remercîments à M. Bourguet pour son intéressante communication ;

2° De déposer honorablement ce travail dans vos archives ;

3° De publier le résumé de son observation dans nos *Comptes rendus ;*

4° Enfin, d'inscrire le nom de M. Bourguet parmi les candidats au titre de membre correspondant.

Indépendamment des travaux que notre honorable confrère a adressés à la Société de chirurgie, il a déjà publié un grand nombre de mémoires sur divers points de la science ; il est chirurgien d'hôpital : c'est, en conséquence, un choix tout à fait digne que vous ferez en l'associant directement à nos travaux.

Ce rapport donne lieu à la discussion suivante :

M. BOINET. J'ai vu deux cas de rupture du tendon rotulien, et dans les deux cas j'ai observé une guérison complète.

J'ai vu le premier sur un élève de Sainte-Barbe, chez lequel l'accident se produisit dans un jeu qui consistait à sauter par-dessus un de ses camarades.

Il se produisit un gonflement énorme ; beaucoup de sang s'épancha dans la cavité de l'articulation ; le genou se déforma notablement ; et comme il y avait une douleur extrêmement vive, qui ne permettait pas de se livrer à des recherches suffisantes, je ne reconnus pas d'abord la rupture du tendon rotulien, et je crus à une autre lésion. Cependant cette rupture ne tarda pas à être constatée.

La douleur et le gonflement ne permirent pas d'appliquer de suite un appareil. Pendant vingt jours le membre fut maintenu dans une gouttière métallique, et on combattit l'inflammation par des sangsues et des cataplasmes. Puis on appliqua un bandage dextriné, et on le laissa en place pendant six semaines. Quand on l'enleva, le gonflement et la déformation avaient disparu.

Aujourd'hui le malade marche sans aucune difficulté. Seulement, quand il fléchit la jambe sur la cuisse, on constate que la crête du tibia est beaucoup plus saillante que celle du côté opposé.

Je conclus de cette observation, ajoute M. Boinet, qu'il n'est nullement nécessaire d'imprimer des mouvements à l'articulation du genou quinze ou vingt jours après l'accident, et qu'on peut se passer aussi d'appareils spéciaux.

Le second cas que j'ai vu est relatif à un jeune homme qui tomba en descendant l'un des petits escaliers qui conduisent au Palais-Royal.

Comme après deux mois il n'y avait pas soudure des deux bouts du tendon, M. J. Guérin, qui voyait le malade avec moi, aviva les deux bords de la solution de continuité par la méthode sous-cutanée, et plus tard la guérison fut obtenue. Elle est complète, car ce jeune homme, que je vois de temps en temps, marche sans gêne et se livre comme autrefois au plaisir de la chasse.

M. VELPEAU demande à M. Boinet ce qu'il entend par le mot *soudure?*

M. BOINET répond que M. Velpeau soulève une question particulière dont il n'a pas voulu s'occuper. Il a entendu parler seulement de la réunion pure et simple des deux bouts du tendon, avec ou sans interposition d'un tissu particulier, interposition qui existe d'ailleurs dans le plus grand nombre des cas.

M. HUGUIER. Il y a dans ce que vient de dire M. Boinet à l'occasion du second malade quelque chose de grave. S'il est dans le vrai, il faut l'imiter ; le combattre, au contraire, si ce qu'il propose comme un exemple à suivre est mauvais.

Puisque le tendon était décollé de la rotule, comment a-t-on pu aviver sans pénétrer dans l'articulation et sans la léser ? Et d'ailleurs, qu'a-t-on pu aviver? Car ce mot a un sens précis en chirurgie. Ceci me paraît sérieux, et je demande des explications.

M. BOINET. L'arrachement du tendon n'était pas sans doute tellement net et tellement complet qu'il n'en restât quelques fibres encore adhérentes. Ce sont sans doute ces fibres qui ont été coupées. Toujours est-il que c'est après la ponction sous-cutanée que la guérison a été obtenue. Je ne puis dire au juste si l'instrument a pénétré dans l'articulation, mais cela est très-probable. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est survenu aucun accident.

M. HUGUIER. J'accepte le fait, mais je constate qu'il y a eu une opération dont je ne comprends pas l'utilité. Puisqu'on prétend avoir avivé, je voudrais savoir comment on s'y est pris.

M. BOINET. M. Bouvier répondrait beaucoup mieux que moi à la question que fait M. Huguier. Tout ce que je puis dire, c'est qu'on s'est proposé d'aviver, d'exciter pour favoriser la réunion.

M. HUGUIER. Je commence à comprendre ; mais je déclare que le mot aviver n'a jamais voulu dire exciter simplement.

M. DEMARQUAY trouve les deux observations de M. Boinet très-intéressantes ; mais il voudrait savoir si le membre avait conservé la

même force que celui du côté opposé, et quel était l'état du tendon au niveau de la rupture?

Quant à la saillie de la crête du tibia signalée pour l'un des malades, il suppose qu'elle est due à la rupture de quelques-uns des ligaments de l'articulation ; de l'un des ligaments croisés, par exemple.

M. RICHET. Sur le malade de Sainte-Barbe, un appareil n'a été mis qu'un mois après l'accident, et comme il y a eu guérison, M. Boinet nous a dit que c'était un exemple à suivre. Mais le second malade n'a été mis dans une gouttière qu'au bout de trois mois, et on a vu combien la guérison avait été longue à venir. Ce résultat ne me paraît pas plaider beaucoup en faveur du conseil qui a été donné.

M. BOINET. Il est évident que je n'ai pas entendu poser une règle absolue. Mon malade avait eu longtemps son membre dans une gouttière, mais j'admets parfaitement qu'il faille tenir compte, dans la conduite à tenir, du point où la rupture s'est produite.

M. RICHET. Je me félicite d'avoir sollicité cette explication. Il en résulte qu'on avait d'abord mis en usage tous les moyens ordinaires.

M. DEMARQUAY. Il est bon d'appliquer un appareil, mais en le serrant modérément au niveau de l'articulation, qui est souvent distendue par une quantité considérable de sang. D'ailleurs, même sans appareil, le déplacement de la rotule tend fort peu à se produire.

La discussion étant close, les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. BOINET montre un kyste hydatique qui s'était développé dans le muscle sacro-lombaire, au niveau des dernières vertèbres dorsales. La tumeur avait d'abord été prise pour un abcès par congestion par M. Ameuilhe et par notre collègue, qui avait été appelé en consultation.

Une première ponction donna issue à du pus; mais au bout de quelques jours des phénomènes de résorption purulente s'étant produits, M. Boinet crut devoir pratiquer une contre-ouverture. Par l'incision qui fut faite, il s'échappa une poche hydatique. Le lendemain il en sortit une autre, et une troisième le jour suivant, et il est probable qu'il en sortira encore. Jusqu'à ce jour, le malade va bien.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 1er février 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. GUERSANT met sous les yeux de la Société un enfant de huit jours, qui présente un nouvel exemple de kyste congénital du cou. La tumeur est située sur la région latérale droite ; elle est fluctuante et transparente en divers points. Sa couleur est un peu violacée, et son volume égale à peu près celui de la tête de l'enfant. Notre collègue se propose de faire d'abord une ponction exploratrice et prendra ensuite un parti définitif.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire, qui a été déclarée vacante dans la dernière séance.

— M. le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, se porte candidat à la même place.

— La Société a reçu les deux premiers fascicules des *Communications scientifiques de la Société physico-médicale d'Erlangen* (Wissenschaftliche Mittheilungen der physicalisch-medicinischen Societät zu Erlangen), Erlangen, 1858, in-8°.

— Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. II, suppl.

— M. LARREY présente à la Société, de la part de M. George Jones, membre des colléges royaux des chirurgiens de Londres et d'Édimbourg, trois opuscules de chirurgie exposant la pratique de l'auteur à l'hôpital de Jersey.

Le premier, sous le titre de *Rapport sur des cas de chirurgie,* relate :

1° Une maladie très-étendue du cubitus droit, dont l'ablation totale a été suivie de guérison ;

2° Une fracture comminutive du fémur par un projectile de canon rayé, suivie de l'extraction d'une partie de l'os et d'une guérison complète ;

3° Une fracture du fémur consécutive à une maladie de l'os, qui

nécessita la résection partielle, en permettant au membre de recouvrer son usage.

Le second opuscule est relatif à la *résection du genou* et à ses avantages sur l'amputation de la cuisse.

Le troisième, enfin, est une observation fort remarquable de *désarticulation du scapulum*, avec conservation de la totalité du bras.

Tous ces faits méritent d'être appréciés au point de vue de la chirurgie conservatrice.

M. Larrey présente ensuite, de la part de M. Giovanni Melchiori, chirurgien de l'hôpital de Novi, un mémoire sur le *volvulus de l'S iliaque*. L'auteur se propose d'adresser à la Société l'exposé de ses travaux pour obtenir le titre de correspondant étranger.

M. LEGOUEST donne lecture du rapport suivant sur les communications et envois de moules en plâtre faits à la Société de chirurgie par M. Alph. Désirabode.

Messieurs, je viens, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Jarjavay et moi, vous rendre compte des lettres et des envois de moules en plâtre reproduisant quelques anomalies dentaires, adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Alp. Désirabode, dentiste à Paris.

Les lettres de M. Désirabode sont au nombre de deux : la première, en date du 1er juillet 1859, est une protestation contre l'oubli que l'un des membres de la Société, M. A. Forget, aurait commis, en négligeant d'indiquer la source où il a puisé quelques-unes des observations consignées dans son mémoire sur les anomalies dentaires, observations qui lui auraient été communiquées par M. Désirabode. A l'appui de cette lettre, sont joints cinq moules en plâtre de pièces naturelles faisant partie de la collection de M. Désirabode, et dont quelques-unes ont été décrites et figurées dans le mémoire de M. Forget.

La seconde lettre, en date du 18 janvier 1860, est accompagnée de vingt-trois nouveaux spécimens d'anomalies dentaires. L'auteur, après une courte description des pièces pathologiques les plus importantes dont il nous fait hommage, exprime le désir de voir la Société de chirurgie résoudre le différend survenu entre M. Forget et lui, à propos des documents scientifiques qu'il a mis à la disposition de notre collègue, sans avoir été honoré de plus d'une citation par ce dernier dans le mémoire où il les a utilisés. A cette seconde lettre est annexée la copie d'une correspondance échangée à ce sujet entre MM. Forget et Désirabode, qui ne paraissent pas s'être entendus, malgré les re-

grets témoignés par notre collègue de son involontaire et malencontreuse omission.

Votre commission a cru devoir vous exposer sommairement la teneur des communications écrites de M. Désirabode, et borner là son rôle. Son rapporteur ne fera donc que vous entretenir des moules en plâtre qui vous ont été offerts.

Quelques-uns de ces moules sont des exemples d'anomalies récemment observées par M. Désirabode ; les autres sont des exemples d'anomalies déjà signalées dans son ouvrage intitulé *Nouveaux éléments complets de l'art et de la science du chirurgien dentiste,* et dans quelques journaux de médecine.

Les vingt-huit moules, que nous avons numérotés afin d'en rendre l'examen plus facile, reproduisent quatre anomalies dentaires rencontrées à la mâchoire inférieure, six anomalies rencontrées à la mâchoire supérieure, enfin dix-huit pièces relatives à des déformations, des soudures, des exostoses et des emboîtements dentaires.

Les n°s 1, 2 et 3 sont des anomalies de la dent de sagesse : sur la pièce n° 1, appartenant à la portion gauche du maxillaire inférieur, la dent de sagesse est extérieure ; sortie de l'alvéole dans la majeure partie de sa couronne, elle se dirige horizontalement et vient d'arrière en avant presser sur la face postérieure de la couronne de la deuxième grosse molaire. Les pièces n°s 2 et 3, provenant chacune d'un des côtés du maxillaire inférieur, sont remarquables en ce que la sortie de la dent de sagesse n'ayant pas eu lieu, on voit cet organe incarcéré dans l'épaisseur même de l'os qu'il a fallu sculpter pour l'y découvrir. Dans l'une des pièces (n° 2), la dent de sagesse occupe son siége habituel, mais elle est horizontale et presse par sa couronne sur les racines de la seconde molaire ; dans l'autre (n° 3), la dent de sagesse, s'éloignant de sa situation normale, est cachée dans l'épaisseur de la branche montante du maxillaire, suivant l'axe de laquelle elle se dirige assez exactement ; elle n'a aucun point de contact avec la deuxième molaire ; ses racines sont dirigées en bas, sa couronne répond à la base de l'apophyse coronoïde ; la loge osseuse qui la contient est percée d'un petit pertuis sur sa partie antérieure.

La pièce n° 4, venant encore du maxillaire inférieur, côté droit, offre à l'observation une anomalie de la deuxième petite molaire qui traverse l'os de part en part et obliquement : sa couronne apparaît sur la face externe de l'os, près du bord alvéolaire, tandis que l'extrémité de sa racine se voit à la face interne de l'os, au-dessous de la ligne mylo-hyoïdienne.

Les moules numérotés 5, 6, 7, 8, 9 et 10, représentent des anomalies dentaires du maxillaire supérieur.

Les pièces 5 et 6 nous ont paru être toutes deux des exemples d'anomalies de la dent canine : sur la pièce n° 5, la dent, qu'en raison de son volume nous croyons être la canine droite, est couchée à peu près horizontalement et profondément dans l'épaisseur de la voûte palatine, en arrière des racines des deux petites molaires et des deux incisives; sa racine est en arrière, sa couronne en avant. Dans la pièce n° 6, la canine gauche, prenant racine à son lieu habituel, se dirige en bas et en avant, couchée en travers du bord alvéolaire externe, occupant la place des racines des deux incisives gauches, tandis qu'elle touche de la pointe de sa couronne la grande incisive droite.

On peut voir sur la pièce n° 7 une dent surnuméraire canine, et paraissant être encore située dans la fosse nasale gauche : dirigée d'arrière en avant, elle est couchée à plat sur le plancher de cette fosse, plus épais que celui du côté opposé; à demi incrustée dans l'os, elle apparaît dans toute sa longueur, de la pointe de la racine à l'extrémité de la couronne.

Le moule n° 8 représente une direction vicieuse de la deuxième incisive gauche : la dent a poussé de haut en bas et de dehors en dedans, appuyant sa racine sur le collet de la canine et faisant pénétrer sa couronne dans l'épaisseur du rebord alvéolaire jusqu'au voisinage du trou palatin antérieur.

Enfin, les pièces 9 et 10 nous offrent encore des exemples de dents surnuméraires : la première à la partie antérieure de la voûte palatine, où les deux grandes incisives sont doubles; la racine de l'incisive surnuméraire gauche fait une saillie considérable en arrière de l'épine nasale antérieure : la seconde entre la troisième et la seconde molaire gauche; la couronne découverte de la dent surnuméraire s'arrête au collet des dents normales; sa racine fait saillie dans l'antre d'Hygmore.

Nous avons réuni sous le n° 11 les dix-huit pièces représentant les déformations, les soudures, les exostoses et les emboîtements dentaires : nous ne vous parlerons que de quelques-unes des plus intéressantes de ces pièces; ce sont trois grosses molaires sur les racines desquelles se sont développées des exostoses ou des végétations osseuses considérables : ces dents ont cela de remarquable qu'elles sont toutes trois profondément cariées.

Telles sont, Messieurs, les diverses reproductions de pièces pathologiques dont vous a fait hommage M. le docteur Désirabode. Nous

regrettons que le donateur ne vous ait pas présenté en même temps quelques considérations de pathologie et de médecine opératoire afférentes aux affections ou anomalies dentaires que nous avons mises sous vos yeux.

Parmi ces anomalies, les unes sont apparentes et les autres cachées : les premières eussent offert un grand intérêt au point de vue des moyens thérapeutiques qui leur sont applicables ; les secondes, envisagées au point de vue du diagnostic, auraient excité un intérêt plus grand encore.

Nous aurions été heureux de savoir ce que l'expérience de M. Désirabode lui a appris sur ces différents sujets ; d'entendre ses observations sur les accidents provoqués par la dent de sagesse, accidents qui ont beaucoup occupé les chirurgiens depuis que M. le docteur Toirac les a signalés d'une manière spéciale dans la *Revue médicale* en 1826 ; d'apprendre par quelles phases ont passé les malades dont les dents présentent les exostoses considérables que vous avez vues ; comment ces exostoses ont été reconnues et distinguées des kystes solides de la mâchoire ; à quelle opération on a eu recours pour les enlever.

Nous eussions attentivement écouté les observations des malades affectés d'anomalies de la dent canine supérieure. Laforgue nous a transmis plusieurs faits de ce genre fort curieux (*Théorie et pratique de l'art du dentiste*, p. 326, et la *Buccomancie*, p. 75). Dans l'un de ces faits, Boyer, Pelletan, A. Dubois et Dupuytren avaient été plusieurs fois successivement et inutilement consultés ; ce ne fut qu'après de longues incertitudes que ce dernier chirurgien finit par découvrir la nature de l'affection et par en triompher, en faisant l'extraction de la dent canine profondément cachée derrière les alvéoles des incisives supérieures, comme dans la pièce nº 5 de M. Désirabode.

Observées cliniquement et décrites avec soin, les autres anomalies dentaires siégeant au maxillaire supérieur, que nous a envoyées M. Désirabode, eussent apporté un complément utile à l'histoire des maladies de cet os, exposées d'une manière générale dans tous les ouvrages classiques, et étudiées plus récemment et particulièrement au point de vue qui nous occupe par quelques-uns des membres de la Société dans des thèses ou mémoires spéciaux, par M. le docteur Guiboux dans l'*Union médicale*, 1847, p. 449, par M. Duchaussoy dans sa thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine, 1857, et par d'autres encore.

L'extrême concision scientifique des communications écrites de

M. le docteur Désirabode ne saurait se prêter à des considérations chirurgicales qui ne soient pas contenues dans les travaux que nous venons de citer et dont nous n'avons pas à rendre compte ; aussi, tout en appréciant la valeur du don qui vous a été fait, nous bornerons-nous à vous proposer de voter les conclusions suivantes :

1° Ecrire à M. Désirabode pour le remercier de ses envois, et l'informer des limites dans lesquelles la commission a cru devoir se renfermer relativement à la demande qu'il a faite à la Société;

2° Déposer ses lettres et ses moules en plâtre dans nos archives et collections.

Adopté.

M. GOSSELIN partage les opinions émises dans le rapport qui vient d'être lu ; mais il aurait voulu qu'on eût insisté sur le rôle que jouent les anomalies dont il a été parlé sur le développement des tumeurs de la mâchoire.

On rencontre parfois de ces tumeurs sur des individus qui n'ont pas encore leurs dents de sagesse, et on comprend combien il serait important de pouvoir préciser les points occupés par ces dents, qu'il serait si utile d'extraire en pareil cas. Mais dans l'état actuel de la science, on manque d'indications sûres pour arriver à une pareille détermination. C'est une lacune que le rapport aurait dû essayer de combler. Notre collègue s'est trouvé très-embarrassé dans deux cas de ce genre. Trois ou quatre trépanations ont été faites par lui à la base de la branche montante du maxillaire inférieur, mais elles sont restées sans résultat, et ne l'ont pas conduit aux dents de sagesse qu'il cherchait.

LECTURES.

M. MOREL-LAVALLÉE lit une observation de déchirure du péricarde et de fracture du crâne.

M. Morel-Lavallée expose le fait suivant, dont il présente en même temps les pièces anatomiques. Ce fait, dit-il, réunit trois lésions intéressantes; la première est sans doute unique dans la science et le sera longtemps encore.

Claude D..., menuisier, d'une forte complexion, tombe d'une hauteur de 6 mètres sur le côté gauche. Il est relevé sans connaissance; une large saignée est pratiquée, et bientôt surviennent des vomissements abondants de matières alimentaires. Trois heures après l'accident le blessé est apporté dans mes salles, à l'hôpital Cochin.

Le pouls est petit et fréquent; il y a de l'agitation et du délire. Etranger à tout ce qui l'entoure, le malade ne répond à aucune ques-

tion ; quelques vomissements ont encore lieu, et cinq heures s'étaient à peine écoulées depuis la chute, qu'à l'agitation et au délire avait succédé un coma profond.

Le lendemain, à la visite, je constate au premier coup d'œil trois ordres de lésions, toutes du côté gauche : à la tête, au niveau de l'articulation sterno-claviçulaire et à la région cardiaque.

Tête. — Les parties molles qui recouvrent le pariétal offrent en arrière une plaie irrégulière, dont le grand diamètre, le transversal, est d'environ 5 centimètres ; le périoste est à nu, mais l'examen, fait d'ailleurs avec ménagement, ne révèle aucun signe physique de fracture.

La plaie, d'après les renseignements fournis par les personnes qui avaient accompagné le blessé, avait beaucoup saigné la veille ; et, en effet, les cheveux de ce côté de la tête sont collés entre eux et avec le pavillon de l'oreille par du sang à demi desséché. L'écoulement de sang par l'oreille elle-même a été si insignifiant qu'il n'avait pas d'abord été remarqué ; c'est à peine s'il s'en est échappé quelques gouttes au moment même de l'arrivée du malade à l'hôpital, et si un stylet introduit dans le conduit auditif externe en ressort taché de rouge.

Pas d'ecchymoses oculaires ; dilatation notable des pupilles, lenteur de leurs mouvements. Pas d'hémiplégie ni à la face, ni au membre supérieur, ni au membre inférieur.

Le malade retire les jambes l'une comme l'autre quand on les pince, et ayant ressenti pendant notre examen un besoin impérieux d'uriner, il s'est précipité des deux mains sur l'urinal, que du reste il n'aurait pas pu diriger sans aide. Le malade répond tardivement par une expression de douleur ou par le retrait de la partie à des excitations assez vives portées sur les téguments.

Le seul signe d'intelligence que nous ayons saisi, c'est le mouvement, plutôt encore instinctif, pour approcher l'urinal. La respiration est paisible, le pouls fréquent et un peu irrégulier.

En somme, si vous avez bien voulu suivre la marche des symptômes encéphaliques, vous voyez qu'ils se rapportent : la perte subite de connaissance à la commotion cérébrale, l'agitation et le délire primitifs à la contusion des circonvolutions, et enfin l'aggravation consécutive de l'oppression des facultés intellectuelles, sensoriales et motrices à un épanchement de sang diffus ; mais sur ce dernier point la lésion se trouvera en désaccord avec l'expression ordinaire des symptômes.

Clavicule. — La lésion de l'extrémité interne de la clavicule gauche offre ces symptômes équivoques qui peuvent presque également se rapporter à une luxation en avant, ou à une fracture de cet os près de son articulation. Il y a au-devant du sternum une saillie osseuse qui se continue avec le corps de la clavicule, saillie qui conserve la hauteur normale de la clavicule, mais qui se laisse abaisser ou élever par une pression directe dans une étendue de quatre centimètres, et qui est si rapprochée de la ligne médiane qu'il serait difficile, en raison du gonflement, de dire si elle est constituée par la tête de la clavicule ou par l'extrémité d'un fragment.

Cependant cette saillie est moins volumineuse que l'extrémité articulaire de l'os et il y a une crépitation plus rude que celle d'une luxation, et cette portion de la clavicule n'est pas abaissée comme elle l'est constamment, je crois l'avoir démontré (1), dans les luxations en avant. Si la tuméfaction empêchait de distinguer nettement la tête de la clavicule, on ne sentait au niveau de la fossette sternale ni dépression ni dépressibilité. La mensuration eût donné sans doute un résultat décisif, mais l'état désespéré du malade ne nous a pas permis de prolonger cet examen doublement inutile, et j'en étais un peu détourné par les phénomènes si curieux qui vont suivre.

Un mot encore ici : malgré la mobilité du fragment externe, il n'avait pas de tendance sensible à croiser le sternum, ce que j'attribue, en partie du moins, à l'atonie musculaire, conséquence des désordres encéphaliques.

Région cardiaque. — C'est là surtout le côté neuf de l'observation. En approchant du malade, l'attention était immédiatement frappée par un bruit singulier parti de la région du cœur. Il s'entendait à quelque distance, et n'a échappé à aucun des élèves rangés autour du lit. A distance, il était intermittent et correspondait au battement du pouls ; à l'auscultation, il était continu, avec un redoublement coïncidant également avec la systole ventriculaire. Ce bruit continu avec redoublement a reçu des élèves une comparaison dont la justesse fait pardonner la vulgarité ; il leur a rappelé celui qu'on produit en battant des œufs. Pour moi, c'était plutôt le clapotement de l'eau sur une roue hydraulique dont les aubes, successivement frappées par le courant, occasionnent dans le bruit un véritable redoublement.

La cause physique de ce phénomène, quelle était-elle ? Etait-ce, comme dans le cas encore unique de Chaumette, une fracture de

(1) *Essai sur les luxations de la clavicule.*

côte, dont les fragments refoulés par les battements du cœur produisaient une sorte de crépitation spontanée ? Ç'a été ma première pensée ; bientôt, ne trouvant aucun signe de fracture de côte, ni aucune analogie entre ce bruit si moelleux et celui si rude de la crépitation, je rejetai cette hypothèse. Ce bruit m'offrait tellement les caractères de celui que détermine l'agitation d'un liquide avec de l'air, que j'eus l'audace de diagnostiquer une communication du péricarde avec la plèvre, et la présence dans ces deux cavités d'un liquide mêlé d'air. Et cependant je ne découvrais ni sonorité tympanique, ni respiration amphorique, ni tintement métallique, et le murmure vésiculaire était en avant sensiblement le même des deux côtés. Je me disais que peut-être la quantité d'air était minime, ou que peut-être même la production du phénomène pouvait se passer de l'intervention du fluide élastique. Il y avait une telle différence entre ce bruit et les bruits valvulaires et péricardiques, que, malgré des attaques antérieures de rhumatisme, l'idée ne s'en présentait même pas. Ajoutons que la région précordiale était un peu mate, ainsi que la base du côté gauche de la poitrine.

La dyspnée, déjà marquée le matin, devint excessive dans la journée ; on entendait des râles nombreux dans toute la poitrine, et l'un de mes internes, M. Roché, qui a suivi ce malade avec grand soin, n'a pu retrouver le bruit qui avait si vivement attiré notre attention.

Le lendemain 24 février, à ma visite, le malade était à l'agonie ; il mourut à dix heures du matin.

Autopsie. — *Tête.* — Le crâne est fracturé. Une longue fissure, commençant à la partie inférieure droite de l'occipital, se porte de bas en haut et de droite à gauche sur le pariétal gauche, atteint la portion écailleuse du temporal et tombe sur le rocher. Elle traverse le rocher parallèlement à son axe, très-près de son bord antérieur, divisant en deux parties à peu près égales le conduit auditif externe et l'oreille moyenne en déchirant la membrane du tympan. Arrivée au sommet du rocher, elle devient transversale, coupe en deux l'apophyse basilaire et ne finit qu'à l'autre rocher, resté intact. Du milieu de la fissure de l'apophyse basilaire, une fissure secondaire se détache perpendiculairement pour se diriger vers le trou occipital, qu'elle n'atteint pas tout à fait. Les deux fragments du rocher sont quelque peu écartés l'un de l'autre, et plusieurs des osselets de l'ouïe sont luxés. Au-dessus du rocher, entre la portion écailleuse et la dure-mère, est un caillot noir du volume d'un œuf, sur le trajet même de l'artère méningée moyenne, qu'on a d'ailleurs oublié d'examiner. Rien

au cerveau, qu'une contusion superficielle d'une circonvolution de la dimension d'une pièce d'un franc, et répondant à la région temporale du côté fracturé ; pas de suffusion sanguine ou séreuse à la surface ou dans les ventricules de l'encéphale.

Clavicule. — Avant l'autopsie, il est très-facile de constater la fracture de la clavicule, notamment la présence de la tête de cet os dans la cavité sternale, signe que la douleur empêchait de rechercher suffisamment sur le vivant. Le fragment interne est si court, que ses diamètres sont à peu près égaux ; il fait au doigt l'effet d'une petite boule. Le fragment externe est, comme vous voyez, taillé en biseau aux dépens de la face inférieure. Une longue infiltration sanguine partie du foyer de cette fracture s'étend par l'aisselle jusqu'au milieu du côté correspondant du thorax, sans se manifester au dehors par aucune trace ecchymotique.

Région cardiaque. — J'enlève la paroi antérieure de la poitrine avec les plus grandes précautions, en coupant très en arrière les côtes du côté malade. Dès qu'un espace intercostal eut été ouvert dans ce point par la branche mousse du costotome, il s'en échappa un jet de sérosité sanguinolente qui s'écoula jusqu'à la fin sans aucune bulle gazeuse ; il y avait au moins un demi-litre de ce liquide. Le plastron est enlevé avec soin, sans qu'on puisse découvrir d'air dans la plèvre ni dans le péricarde.

Le péricarde présente, au niveau de la partie externe du ventricule gauche, à 3 centimètres de la pointe du cœur, une rupture traumatique irrégulièrement arrondie et pouvant recevoir l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture est entourée d'une multitude d'épanchements sanguins, récents, noirâtres, dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz à celui d'un pois. Ils sont disséminés à la fois sur les deux faces du péricarde. A peu près dans le point correspondant, le ventricule gauche offre à sa face externe une rupture superficielle de moins d'un millimètre de profondeur, de la même grandeur et de la même forme que l'ouverture du péricarde. La rétraction des fibres charnues donne à cette rupture l'apparence d'une perte de substance. Une veine superficielle assez grosse est complétement rompue au niveau de la rupture cardiaque, et a dû contribuer à l'épanchement séro-sanguinolent. Orifices et valvules à l'état normal ; rien à noter dans les cavités ; surface interne du péricarde saine, normale, et dans sa cavité, le même liquide que dans la plèvre ; côtes intactes ; le cartilage seul de la troisième côte est cassé, loin, comme on le voit, de la blessure du péricarde et du cœur ; les fragments cartila-

gineux sont doublés en dedans d'une couche épaisse; ils sont sans aucun déplacement, et tous les mouvements obscurs qu'on peut leur imprimer ne donnent lieu à aucune crépitation. Ainsi aucun fragment n'a pu produire la déchirure du péricarde et du cœur. Par l'aplatissement oblique de ce côté de la paroi pectorale, les deux organes ont été serrés contre la colonne vertébrale avec une force qui a dépassé leur résistance, force que la violence de la secousse a sans doute favorisée.

Quant au bruit, n'est-il pas évident qu'il résultait du passage du liquide de la plèvre dans le péricarde et réciproquement ? Au moment où le cœur augmentait de volume, ce liquide était rejeté dans la plèvre; quand le cœur diminuait de volume, le liquide était rappelé dans le péricarde. Et l'air? L'air nous aura peut-être échappé; et c'est ce qui me paraît le plus probable, ou peut-être, comme nous l'avons dit, sa présence n'était-elle pas nécessaire à la production du phénomène.

En résumé, cette observation est intéressante :

1° Au point de vue de la *fracture du crâne*, par l'écoulement sanguin insignifiant qui s'est fait par l'oreille, par l'absence d'hémiplégie, malgré l'existence d'un caillot volumineux et circonscrit, caillot qui semble avoir agi plutôt à la manière d'un épanchement général qu'à la manière d'un épanchement aussi nettement localisé.

2° Sous le rapport de la *fracture de la clavicule,* par le siége de la solution de continuité si près de l'extrémité articulaire, et par les autres caractères que nous avons signalés à l'article des symptômes.

3° Quant à la rupture simultanée du péricarde et du cœur, tout y est remarquable, depuis le mécanisme de la blessure jusqu'à l'existence du bruit de moulin et à la théorie de ce bruit extraordinaire.

— M. FOUCHER lit une note relative à une malade qui a éprouvé des syncopes graves dans le cours d'une opération.

Cette note est renvoyée à une commission composée de MM. Huguier, Depaul et Guérin.

M. LARREY fait remarquer que des faits analogues se sont déjà reproduits un certain nombre de fois, et qu'il faut en tenir compte pour ne pas attribuer au chloroforme des accidents qui peuvent, comme dans ce cas, ne pas dépendre de lui.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de mes collègues un enfant que j'ai traité d'une tumeur érectile de l'avant-bras et

de la main par les injections de perchlorure de fer. Voici en quelques mots le résumé de ce qui s'est passé.

Ce jeune homme, âgé aujourd'hui de douze ans, est entré dans mon service dans les premiers jours d'octobre 1858. M. Foucher, qui me remplaçait alors, fit appliquer sur l'avant-bras des vésicatoires qui furent pansés avec la solution de perchlorure. Malgré leur action énergique, ces applications, dont on peut voir encore aujourd'hui les traces sur la peau, n'amenèrent aucun soulagement sensible, et lorsque je repris mon service au mois de novembre, je constatai les symptômes suivants :

L'avant-bras droit, dans ses deux tiers inférieurs en avant, est occupé par une tumeur mollasse, fongueuse, mal circonscrite, sans limites bien définies, qui soulève la peau et masque complétement les saillies tendineuses même lorsque le malade cherche à les rendre apparentes en contractant les fléchisseurs des doigts. Cette tumeur s'étend à la main en passant au-devant du ligament annulaire, et occupe surtout l'éminence thénar, de telle sorte que, comparée à celle du côté opposé, cette région offre un volume double.

La pression de la tumeur est extrêmement douloureuse ; il en est de même des mouvements exécutés par le malade.

Lorsque, après avoir comprimé la tumeur avec les deux mains pendant quelques minutes, on l'abandonne brusquement à elle-même, on constate qu'elle a diminué sensiblement de volume, mais qu'insensiblement elle se gonfle, sans cependant offrir de notables pulsations, excepté pourtant en un point, au-devant du poignet, où l'artère radio-palmaire très-développée soulève le tégument.

La couleur de la peau, lorsque le membre est horizontalement étendu, est légèrement violacée ; mais si on laisse pendre l'avant-bras seulement quelques minutes, elle prend une teinte violet-foncé, et l'on voit alors quelques veinules variqueuses se gonfler et se dessiner sous la peau, surtout au niveau de l'éminence thénar. Enfin, lorsqu'on établit sur le bras une compression circulaire, on augmente notablement le volume de la tumeur ; on le diminue, au contraire, en comprimant l'artère humérale. Dès que la compression du vaisseau principal du membre a cessé, on constate que la tuméfaction reparaît progressivement et insensiblement sans qu'on puisse y remarquer le plus léger battement isochrone au pouls.

D'ailleurs l'oreille, armée ou non du stéthoscope, appliquée sur toutes les parties de la tumeur successivement, ne pouvait pas saisir le plus léger bruit de souffle.

Il était impossible de méconnaître que nous avions affaire à une tumeur érectile veineuse, diffuse, mal limitée, ne communiquant avec le système vasculaire artériel que par l'intermédiaire de capillaires, qui ne laissent pas arriver jusque dans les mailles du tissu qui les composent l'impulsion de l'ondée sanguine, et, d'autre part, n'ayant avec le système veineux que des communications assez restreintes ; ainsi que le démontrait l'absence des vaisseaux variqueux lors de la compression circulaire du bras. Le développement de la tumeur s'était d'ailleurs effectué avec assez de rapidité, car il ne remontait pas au delà de vingt mois.

MM. Denonvilliers et Nélaton, auxquels je parlai de ce cas curieux, n'étaient point d'avis de tenter les injections de perchlorure que je me proposais de faire : le premier de ces chirurgiens, parce qu'il les redoutait comme pouvant amener de fâcheuses complications ; le second, parce qu'il les considérait comme inefficaces, ayant eu l'occasion de faire jusqu'à 120 de ces injections sans résultat avantageux, dans un cas où une tumeur analogue avait envahi tout le membre supérieur, de l'omoplate aux doigts.

Néanmoins, je me décidai le 1er décembre à faire avec la seringue de Pravaz deux injections de cinq gouttes chacune de perchlorure de fer à 40 degrés fourni par la pharmacie de l'hôpital Saint-Louis. Ces injections furent faites la première à 3 centimètres au-dessus du poignet, la deuxième à 3 centimètres plus haut en dehors du paquet des tendons fléchisseurs et de manière à éviter l'artère radiale.

Le résultat fut à peu près nul au point de vue de l'affaissement de la tumeur, mais il n'y eut aucun accident, et je constatai le lendemain la présence de deux nodosités au point où avaient été faites les injections, nodosités qui persistent encore aujourd'hui.

Enhardi par cette innocuité, je fis, le 19 décembre, trois nouvelles injections sur le côté cubital des tendons, et je déposai ainsi dans chaque piqûre de 15 à 20 gouttes de perchlorure, chaque piqûre étant éloignée de l'autre de 3 centimètres. La douleur fut assez vive pendant et après l'opération ; mais, néanmoins, le lendemain et les jours suivants se passèrent sans accident aucun. Cette fois, j'eus la satisfaction de constater qu'autour de chaque piqûre il s'était fait une large zone coagulante qui s'étendait un peu chaque jour, si bien qu'elles finirent presque par se rejoindre. Alors il fut évident pour tous que la tumeur avait sensiblement diminué de volume.

Le 8 janvier 1859, je pratiquai deux nouvelles injections, une au

niveau de l'éminence thénar et l'autre à l'avant-bras, et j'obtins le même résultat que précédemment.

Enfin, le 5 février, je pratiquai trois autres injections de 15 ou 20 gouttes comme les secondes, sur la tumeur de l'avant-bras et celle de la main, et le résultat fut encore aussi négatif pour les accidents et aussi concluant pour l'oblitération des mailles du tissu érectile.

Le 22 février, le petit malade, ennuyé d'un aussi long séjour à l'hôpital (il y avait passé cinq mois), demanda à sortir, promettant qu'il reviendrait nous voir. Voici, à cette époqué, l'état dans lequel il était :

« La tumeur, dit l'interne qui a rédigé l'observation, n'a plus cette consistance moelleuse, elle ne cède plus à la pression comme au début ; elle semble s'être solidifiée et devenue comme imperméable à la circulation. En effet, lorsqu'on comprime l'artère humérale, elle n'a plus de tendance à diminuer, et la compression du contour de l'avant-bras ne la fait plus gonfler ; enfin les téguments ont une couleur blanche, et ont perdu cette teinte violacée qu'ils avaient à un si haut degré lors de la déclivité de l'avant-bras. »

Vous voyez aujourd'hui ce jeune homme ; après un an environ, il est venu me trouver pour me montrer son bras guéri, me dit-il, complétement. Je ne puis partager son optimisme, car je trouve encore à la partie moyenne de l'avant-bras, là où je n'ai point fait d'injections, je trouve, dis-je, que la tumeur a conservé quelque chose de mollasse qui me fait craindre que là il reste encore quelques traces de tissu érectile ; mais partout ailleurs, au niveau de l'éminence thénar comme à la partie inférieure de l'avant-bras, la tuméfaction a disparu, et on trouve encore des nodosités dans tous les points où a été déposé le perchlorure. La saillie des tendons a reparu ; la peau a perdu sa coloration violacée, elle est même plutôt plus décolorée que celle de l'avant-bras gauche ; mais le membre est un peu atrophié, probablement à cause de l'inaction. Le malade, d'ailleurs, ne souffre plus que quand on lui comprime l'avant-bras un peu fortement ; les mouvements sont presque aussi libres que du côté opposé, et il peut se livrer sans fatigue à son métier de coiffeur qu'il a embrassé d'après mes conseils. Il me semble, Messieurs, que ce fait dépose tout à la fois en faveur de l'innocuité et de l'efficacité du perchlorure dans les tumeurs érectiles veineuses, et c'est à ce double point de vue que j'ai désiré vous communiquer cette observation et vous faire examiner le malade.

M. GIRALDÈS. Si M. Richet ne nous a présenté son malade que

pour démontrer l'innocuité du perchlorure de fer, cela était inutile, car cette innocuité est un fait bien établi, malgré l'opinion contraire de M. Denonvilliers. Les faits observés sur l'homme et les expériences tentées sur les animaux ne laissent aucun doute à cet égard. Il ne survient des accidents que si le liquide, au lieu d'être poussé dans le vaisseau, est injecté dans le tissu cellulaire qui l'entoure, et encore alors sont-ils très-légers et de courte durée. M. Richet ne doit rien craindre avec du perchlorure à 20 ou 25 degrés ; s'il était à 40 ou 45, il pourrait produire la mortification des artères.

Avec la seringue de Pravaz non modifiée, cinq, six et même sept gouttes peuvent être injectées sans résultat fâcheux.

M. RICHET. Je suis heureux de voir que je partage l'opinion de M. Giraldès ; mais en me souvenant de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, j'ai pensé qu'il n'était pas inutile de revenir sur cette question.

M. GIRALDÈS. L'Académie ne connaissait pas l'action du perchlorure de fer; c'est au sein de la Société de chirurgie qu'elle a été étudiée avec soin et en connaissance de cause.

M. BROCA. Je commence par déclarer que je suis grand partisan du perchlorure de fer, et je crois être un de ceux qui l'ont le plus employé. Dans deux cas, j'ai été témoin d'accidents qui m'ont beaucoup effrayé.

Une femme de l'hôpital Necker, que j'avais guérie, sans qu'il survînt le moindre accident, de varices qu'elle portait sur l'une des jambes, vint me retrouver un an après, et me demanda de la débarrasser des varices qui existaient sur l'autre membre. Je fis encore des injections de perchlorure ; mais dès le lendemain il survint une fièvre violente; trois ou quatre jours après une eschare se déclara. Cependant la guérison eut lieu.

J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un mécanicien d'une très-forte constitution, qui était venu se faire traiter pour une plaie de la jambe qui ne tarda pas à guérir. Avant de quitter l'hôpital, cet homme désira être débarrassé de varices volumineuses qu'il portait sur le membre inférieur droit. Je lui fis dans la même séance trois injections de perchlorure. Dès le jour suivant un délire violent et une fièvre intense se déclarèrent ; bientôt la face s'altéra profondément, et il survint d'autres accidents qui me firent craindre une infection purulente à forme externe. Des abcès multiples se succédèrent pendant quinze jours. Il s'en forma dix environ sur divers points du corps, et un en particulier dans l'articulation de l'épaule. Ce malade finit par se rétablir,

mais j'avoue qu'il me donna les plus vives inquiétudes. Je déclare cependant que j'avais pris toutes les précautions nécessaires. Il importe donc de savoir que les injections de perchlorure ne sont pas toujours sans gravité.

M. DEPAUL. J'ai eu tout récemment l'occasion de me servir de cet agent pour faire disparaître une petite tumeur érectile de la largeur d'une pièce de vingt centimes, qui existait sur l'aile du nez d'un enfant de quelques mois. J'ai d'abord injecté une goutte, puis deux, et enfin trois. Cinq ou six injections ont été nécessaires ; elles n'ont déterminé aucun accident, et la tumeur, qui s'est d'abord affaissée et décolorée, a aujourd'hui à peu près complétement disparu.

M. GIRALDÈS. Je n'ai pas dit que le perchlorure de fer ne produisait jamais d'accidents. J'ai parlé d'une manière générale ; car je sais très-bien qu'il n'est pas de médicament qni ne puisse, dans certaines circonstances, entraîner quelque conséquence fâcheuse.

M. MARJOLIN. Il y a trois ans environ, on conduisit à ma consultation l'enfant que présente aujourd'hui M. Richet. La tumeur était alors molle, fluctuante, ne présentait aucun battement, et avait tous les caractères d'une tumeur veineuse. J'essayai la compression de l'artère humérale sans obtenir aucun changement. J'eus recours alors à la compression directe à l'aide d'un petit bandage, qui fut supporté pendant quelque temps, et qui maintint la tumeur dans un état stationnaire. Mais plus tard, la compression produisant de la douleur, il fallut la cesser, et je perdis le malade de vue.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEGUISE met sous les yeux de la Société la main et le tiers inférieur de l'avant-bras d'un homme qu'il a dû récemment amputer à la suite d'un accident de chasse. L'arme était chargée avec du fulmicoton, et a éclaté en produisant une très-forte détonation.

Sur cinq cas de ce genre qu'il a déjà observés, quatre fois la brisure s'est produite dans le canon gauche. Dans le cas actuel, au contraire, c'est le canon droit qui a éclaté à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la culasse, qui a été intéressée également. M. Deguise fait remarquer que ce sont toujours les fusils à deux coups qui éclatent, et que cela tient probablement à ce que par erreur on met souvent une double charge.

On peut voir sur la pièce anatomique combien sont considérables les désordres qui ont été produits. La paume de la main est complétement ouverte, les tendons sont dénudés, et il y a de nombreuses

fractures des phalanges. Il était impossible de songer à la conservation du membre.

Notre collègue avait d'abord pensé à la désarticulation du poignet; mais, après mûr examen, il se décida pour l'amputation de l'avant-bras. Il s'est félicité depuis de s'être arrêté à ce dernier parti, car en disséquant la pièce il a constaté sur l'extrémité inférieure du radius une fracture qui avait été probablement produite par contre-coup.

M. MOREL-LAVALLÉE a connu un chasseur qui, tirant sur une perdrix, l'a tuée, et a été très-sérieusement blessé lui-même par un éclat du bois de son fusil qui a pénétré à travers les os du front. Le fulmi-coton peut très-bien être employé pour charger les armes. Celui qui a servi à charger le fusil qui nous a été présenté par M. Deguise était de mauvaise qualité, ou bien on en avait mis une quantité trop considérable.

M. BOINET. La cause la plus commune des accidents de ce genre, c'est qu'on se presse souvent beaucoup trop en chargeant son arme.

M. LARREY. Il est extrêmement rare de voir éclater les fusils de munition.

Pour M. CLOQUET, cela dépend de ce que les armes de guerre sont toujours essayées avant d'être livrées.

M. HUGUIER. Si le canon gauche éclate beaucoup plus souvent que le droit, cela tient à ce que les chasseurs tirent habituellement le coup de droite et réservent celui de gauche, qu'ils chargent avec du gros plomb et même avec des balles pour le gros gibier, qu'on rencontre beaucoup moins souvent. Or, dans ces cas, il peut arriver que la charge du côté gauche soit ébranlée par la détonation qui se fait à droite; on comprend dès lors qu'un vide se produise et favorise l'explosion. Il peut arriver aussi qu'on mette deux charges dans le même canon ou qu'on y oublie la baguette du fusil.

M. MOREL-LAVALLÉE. Tout ce qui vient d'être dit me suggère une réflexion. Il serait bon qu'on adoptât d'une manière générale les fusils à bascule, qui mettent à l'abri des accidents de la nature de ceux dont a parlé M. Deguise.

— M. RICHET montre à la Société des pièces anatomiques provenant d'un malade mort d'étranglement interne, après réduction d'une hernie inguinale droite, étranglement qui avait nécessité la gastrotomie. Voici un résumé de l'observation :

Le nommé G......, âgé de 60 ans, était atteint depuis vingt ans d'une hernie inguinale droite, qui est restée réductible jusqu'à ces

derniers temps. Il y a huit jours, le lundi, son bandage qu'il portait constamment s'étant cassé, il négligea d'en acheter un autre. Sa hernie resta donc sans être maintenue, et lorsque le samedi il voulut, éprouvant quelques coliques, la faire rentrer, il n'y put parvenir. Le lendemain dimanche un médecin fut appelé, qui la réduisit après de grands efforts. Mais le soir même, les accidents persistant, le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Louis, où M. Richet le vit le lendemain matin, huit jours après le début des accidents. Les symptômes d'étranglement étaient manifestes; les vomissements de matière bilieuse ayant l'odeur stercorale, l'absence de selles, le ballonnement du ventre et les atroces douleurs auxquelles le malade disait être en proie, tout démontrait qu'un obstacle quelconque au cours des matières existait encore, et tout portait à croire que cet obstacle n'était autre que la persistance de l'étranglement sur l'anse intestinale herniée. Se fondant sur ce que dans ces cas la portion d'intestin comprise dans la hernie demeure toujours ou presque toujours, après la réduction, dans le voisinage de l'anneau herniaire; sur la présence d'une tumeur qui soulevait l'anneau inguinal supérieur, et pouvait faire supposer que la portion herniée était peut-être encore engagée dans le canal, M. Richet se décida, vu la gravité des accidents, à fendre le canal inguinal et à ouvrir la cavité péritonéale pour aller à la recherche de l'étranglement. Néanmoins, avant de pratiquer cette opération, il prévint que, dans le cas où il ne trouverait pas la portion intestinale étranglée dans le voisinage immédiat de l'orifice herniaire, sans se livrer autrement à des recherches pénibles et dangereuses, il pratiquerait un anus contre nature en amenant et fixant au dehors une anse d'intestin reconnue, à sa réplétion, être supérieure à l'obstacle.

L'opération ne présenta rien de particulier. On trouva immédiatement au-dessous de l'aponévrose du grand oblique une tumeur qui faisait bomber le *fascia transversalis*, mais qui n'était pas engagée dans le canal. Cette tumeur était formée par une anse intestinale qui sortit aussitôt que le fascia et le péritoine furent incisés. C'était une anse d'intestin grêle qui ne présentait aucune trace d'étranglement; elle était rouge et distendue modérément par des gaz, sans liquide.

Cette anse fut réduite, et le doigt, introduit dans la cavité péritonéale, chercha au pourtour de l'anneau inguinal si quelques adhérences ne retenaient pas une portion d'intestin au voisinage; on ne trouva rien. Une autre anse d'intestin grêle fut amenée au dehors, puis une autre encore, mais aucune n'offrit de traces d'étranglement ni même de réplétion. Le doigt indicateur, promené dans la fosse iliaque, ne rencon-

tra pas le cœcum, et le chirurgien en fit la remarque sans autrement y attacher d'importance.

Cessant alors ces recherches laborieuses et inutiles, M. Richet résolut de mettre à exécution son projet d'anus contre nature. Mais pour cela il fallait trouver une anse intestinale distendue par les gaz et les matières, de manière à être bien sûr de tomber au-dessus de l'obstacle; or c'est ce qu'on ne peut parvenir à établir d'une manière positive; on en verra tout à l'heure la raison. Quoi qu'il en soit, le chirurgien jugea à propos de ne point pousser plus loin ces recherches vaines. La plaie fut pansée mollement. — Des douches ascendantes furent administrées avec un puissant irrigateur, en même temps que l'on administra par la bouche de l'eau de Sedlitz par cuillerées avec de la glace. Chose singulière, le malade cessa de vomir et même de souffrir, et cependant il n'y eut aucune selle. Quarante-huit heures se passèrent ainsi, et le malade succomba le mercredi.

Voici ce qu'on trouva à l'autopsie : l'abdomen incisé, on constate les signes d'une péritonite modérée, sans épanchement aucun. L'intestin grêle occupe sa place habituelle; il remplit surtout la fosse iliaque droite, dans laquelle on cherche en vain le cœcum. Cet intestin, énormément distendu, au point de présenter le volume de l'estomac après un copieux repas, est placé dans l'hypochondre gauche, au-devant de l'estomac lui-même et de la rate, et couché sur le côlon transverse. Le côlon ascendant est resté en place, maintenu par son méso-côlon, de telle sorte que le cœcum, ainsi porté dans l'hypochondre gauche et énormément distendu, est coudé à angle aigu sur le côlon ascendant. Au point où existait cette inflexion du cœcum, la distension des parois de cet intestin cessait brusquement, de telle sorte qu'il était facile de comprendre et de voir qu'il s'était fait là un arrêt de matières, augmenté encore par la pression que les anses d'intestin grêle exerçaient sur l'angle de réunion du cœcum et du côlon ascendant. Le cœcum pouvait bien contenir deux litres de matières fécales délayées; ses parois étaient rouges, épaissies et en certains points présentaient des traces d'une constriction comme circulaire; là, les tuniques étaient tellement amincies, qu'il n'aurait pas tardé à se faire plusieurs perforations; aucune cependant ne fut constatée.

Si, après avoir ainsi précisé la position respective de ces diverses portions intestinales, on essayait de replacer le cœcum dans la fosse iliaque, on y parvenait avec une très-grande facilité, aucune adhérence ne le maintenant dans l'hypochondre gauche. Il était alors facile de voir que le cœcum ne devait cette extrême facilité de dépla-

cement qu'à l'absence du méso-cœcum, et qu'on pouvait ainsi l'amener jusqu'au fond du scrotum.

Or, comme aucune autre partie d'intestin ne portait de traces de striction, que le cœcum au contraire en offrait de manifestes, il devient de toute évidence que c'est bien lui qui avait été étranglé dans la hernie, puis rejeté par une réduction violente dans l'hypochondre gauche, où il était resté. Enfin c'est à cette courbe à angle si aigu avec le côlon qui en était résultée qu'il faut attribuer cette interruption dans le cours des matières. Dans l'opinion de M. Richet, néanmoins, cette inflexion n'est point la seule cause de la persistance des accidents ; il faut encore y joindre l'inflammation des parois de l'intestin, laquelle a dû certainement paralyser les mouvements vermiculaires.

On comprend maintenant pourquoi les anses d'intestin grêle ne présentaient, lors de l'opération, aucune distension par les matières fécales. Effectivement, l'obstacle existant à l'union du côlon avec le cœcum, ce dernier formait une sorte de vaste réservoir, dans lequel pouvait se rendre l'intestin grêle et duquel les matières ne pouvaient sortir, grâce à la présence de la valvule iléo-cœcale, dont on peut sur la pièce constater l'intégrité.

On peut observer de plus que, quand on renverse le cœcum sur le côlon, comme il l'était lors de l'ouverture de l'abdomen, aucune matière ne peut passer de l'un dans l'autre, si ce n'est après une grande résistance vaincue.

M. DEPAUL met sous les yeux de la Société deux pièces d'anatomie pathologique et communique les observations des malades qui les ont fournies.

OBS. I. — *Hypertrophie simple de la lèvre antérieure du col de la matrice. Amputation de la portion exubérante avec la chaîne de l'écraseur. Guérison.* — Mme R..., âgée de vingt-six à vingt-sept ans, mariée depuis plusieurs années et ayant eu un enfant à terme il y a environ quatre ans, me fut adressée par un confrère de province dans les premiers jours de novembre 1859.

Elle faisait remonter à trois ans les incommodités dont elle se plaignait. Voici en quoi elles consistaient : Pertes blanches continuelles, écoulements sanguins se produisant fréquemment sous l'influence de la marche et du coït ; douleurs dans les aines et le bas-ventre. On avait eu recours inutilement depuis plus d'un an aux injections astringentes de toutes sortes, à de nombreuses cautérisations avec le nitrate d'argent et même avec le fer rouge. Tous ces moyens et d'au-

tres encore étaient restés sans efficacité, et les accidents augmentaient chaque jour.

En examinant la malade, je reconnus que le vagin était occupé dans toute sa longueur par un cylindre dur et volumineux, conique à son extrémité inférieure, qui était libre et qui descendait jusqu'à l'orifice du vagin, même dans la situation horizontale; mais dans la station verticale, et surtout au moindre effort, elle se montrait entre les grandes lèvres. Il s'établissait alors des frottements douloureux qui rendaient la marche impossible. Depuis quelque temps surtout, les rapprochements sexuels étaient devenus difficiles et très-douloureux.

Il me fut facile de reconnaître que ce prolongement était formé par la lèvre antérieure seule du col utérin. Cette lèvre, en effet, dépassait de plus de 4 centimètres la postérieure, qui avait ses dimensions ordinaires. L'orifice externe du col se présentait sous la forme d'une petite ouverture ovalaire, à grand diamètre dirigé transversalement. Toutes ces parties d'ailleurs étaient parfaitement saines et n'offraient ni excoriations ni rougeur insolite. La portion sus-vaginale du col de l'utérus, ainsi que le corps de cet organe, me parurent à l'état normal.

La malade, qui avait pu constater l'inefficacité des moyens précédemment employés, déclarait sa situation intolérable et se disait prête à subir toute opération qui lui donnerait l'espoir d'une guérison définitive. De mon côté, croyant inutile d'essayer de nouveau des moyens qui étaient demeurés impuissants entre les mains d'un confrère qui m'inspire toute confiance, je résolus de recourir à l'amputation de la lèvre antérieure et de me servir de l'écraseur de M. Chassaignac. Voici comment je procédai :

La malade fut placée sur le bord d'un lit convenablement disposé. J'implantai une pince-érigne sur la lèvre antérieure et une autre sur la postérieure; puis j'imprimai des tractions lentes et soutenues, et en quelques minutes je fis descendre le col tout entier jusqu'à l'anneau vulvaire. Ce premier temps de l'opération en rendit la fin très-simple et très-sûre. Avec la pince implantée dans la lèvre postérieure, je fis maintenir l'utérus abaissé au degré que je viens de dire; j'enlevai celle qui avait saisi la lèvre antérieure, et il devint très-facile de porter l'anse de l'écraseur à la hauteur qui me parut convenable. Je pris pour guide le bord inférieur de la lèvre postérieure, et ce fut à son niveau que j'opérai la section. Je fis manœuvrer l'instrument avec lenteur, de telle sorte que je n'obtins une séparation complète qu'au bout de onze minutes.

Mme R... éprouva très-peu de douleur et ne perdit que quelques gouttes de sang. Aucun accident ne survint. Elle passa trois ou quatre jours au lit par prudence, puis elle commença à se lever, et le dixième jour elle était en état de retourner dans son pays.

Elle est revenue me voir deux mois après; elle était guérie et complétement débarrassée de toutes les incommodités dont elle se plaignait depuis trois ans. Je l'ai touchée et examinée au spéculum. Le col est parfaitement régulier; il est aussi souple en arrière qu'en avant; son orifice n'est pas rétréci, et rien ne donne l'idée de l'opération qui a été pratiquée.

La portion de la lèvre antérieure enlevée avait dans son diamètre vertical 4 centimètres et demi; dans le transversal, 3 centimètres; d'avant en arrière, 15 millimètres. Lorsqu'elle était encore fraîche, j'ai prié M. Verneuil de l'examiner au microscope. Voici la note qu'il a bien voulu me remettre:

La tumeur est conoïde, régulière, lisse à sa surface ; elle est recouverte par une muqueuse sèche, mince, très-adhérente au tissu sous-jacent, sauf à la face antérieure, où on peut l'isoler dans une certaine étendue, grâce à la présence d'une couche mince de tissu cellulaire sous-muqueux assez lâche.

La consistance de la masse rappelle celle du col de l'utérus; cependant le tissu est moins compacte, plus élastique; on ne constate ni induration, ni œdème, ni inflammation chronique: c'est l'hypertrophie dépourvue de toute complication anatomique.

Examen microscopique. — Rudiment épithélial formé de cellules pavimenteuses à noyau, très-minces, très-larges, sèches, stratifiées; au-dessous, papilles très-visibles, mais écartées les unes des autres. aplaties, étalées, peu vasculaires ; chorion mince, fibreux, résistant; en un mot, la muqueuse est atrophiée par distension.

La tumeur est essentiellement constituée par du tissu utérin normal, c'est-à-dire un mélange de tissu fibreux, de faisceaux longs et assez larges formés par des fibres lisses, moins volumineuses que dans l'état de grossesse, mais plus visibles et surtout plus facilement isolables que dans l'état de vacuité de l'organe.

Très-peu d'éléments fibro-plastiques. Je ne trouve pas de nerfs ni de glandes. Un assez grand nombre de vaisseaux peu volumineux sillonnent la trame de la tumeur; ils arrivent jusqu'à la couche sous-muqueuse en formant çà et là des réseaux assez riches.

Aucun élément étranger à la structure normale de l'utérus. Le tissu utérin forme donc essentiellement cette production.

Obs. II. — *Corps fibreux développé et encore contenu dans la cavité utérine. — Métrorrhagie presque continuelle durant depuis deux ans, ayant produit un état chloro-anémique des plus prononcés. — Section du pédicule avec l'écraseur linéaire porté dans la cavité utérine. — Guérison.* — Mme X..., âgée de quarante-deux ans, grande et d'une excellente constitution, s'était très-bien portée jusqu'à il y a deux ans, époque où elle éprouva quelques dérangements dans la menstruation, dérangements qui consistèrent pendant cinq ou six mois dans des écoulements sanguins, qui se renouvelèrent deux, trois et quatre fois par mois, qui prirent souvent le caractère de véritables hémorrhagies, et qui produisirent bientôt un affaiblissement considérable. Plus tard, la perte sanguine devint presque continuelle, et depuis dix-huit mois il ne s'est jamais écoulé plus de deux ou trois jours sans que cet écoulement ait lieu; parfois même il était assez abondant pour que des caillots volumineux fussent expulsés.

Pendant tout ce temps, la malade n'ayant pas voulu se soumettre à l'examen d'un médecin, se contenta d'une médication générale constituée par des toniques administrés à l'intérieur sous toutes les formes, et d'injections astringentes variées qui demeurèrent à peu près sans résultat utile.

Cependant, les pertes continuant et l'état général s'aggravant tous les jours, Mme X... se décida à venir à Paris, et réclama mes soins. Voici ce que je constatai à mon premier examen :

Décoloration très-prononcée de la peau et des membranes muqueuses; infiltration des paupières et bouffissure de tout le visage; palpitations presque constantes; essoufflement au plus léger mouvement, de telle sorte que la malade éprouvait une grande difficulté à descendre de son lit et à y remonter; malaise général et perte de l'appétit; pouls petit et fréquent. Bruit de souffle prononcé dans la région du cœur et sur le trajet des carotides.

Avec le doigt introduit dans le vagin, je constatai que toute la partie inférieure de l'utérus avait régulièrement augmenté de volume. L'orifice externe, aminci et dilaté régulièrement, représentait une ouverture du diamètre d'une pièce de deux francs. Le doigt qui chercha à y pénétrer fut bientôt arrêté par une tumeur dure et arrondie; mais il put facilement la contourner en passant entre elle et la face interne de la matrice, et pénétra à plus de 4 centimètres sans rencontrer le point d'insertion de ce corps étranger. L'orifice interne avait disparu,

et il était évident que la cavité du col s'était confondue avec la cavité du corps.

L'utérus n'offrait qu'une cavité unique, absolument comme on l'observe à une certaine période de l'avortement. La main placée au-dessus du pubis, et les parois abdominales étant assez fortement déprimées, je pus constater que l'organe avait notablement augmenté de volume. Il était cependant entièrement contenu dans la cavité pelvienne. Mais son fond, très-régulièrement arrondi, me donna la certitude que je n'avais pas affaire à un renversement. Je le déprimai fortement en bas, et alors mon doigt put atteindre le pédicule de la tumeur. Il s'insérait à gauche de la paroi antérieure de la matrice. Il était court et avait environ 1 centimètre de diamètre.

Je bornai là mon examen, qui augmenta un peu l'écoulement sanguin, et je remis à quelques jours l'opération, qui me parut indispensable.

Voici comment elle fut pratiquée :

J'avais à choisir entre la ligature ordinaire, la torsion, la section du pédicule avec l'instrument tranchant, ou la chaîne de l'écraseur. Je donnai la préférence à ce dernier instrument, dont j'ai déjà eu l'occasion de constater les avantages pour des cas analogues. Je me servis d'un instrument à gaîne beaucoup plus petite que celle qui est habituellement employée, et légèrement recourbée vers l'extrémité qui laisse passer la chaîne.

Craignant de produire un certain degré de renversement de l'utérus si j'exerçais des tractions sur le corps fibreux seul, j'implantai du même coup une forte pince-érigne sur la tumeur et sur le côté droit du col, et à l'aide de quelques tractions j'attirai la matrice jusqu'à l'orifice vulvaire. Dégageant alors la branche de la pince, qui avait saisi le col, je maintins uniquement le corps fibreux, puis j'engageai la pince dans l'anse de l'écraseur, dont je conduisis l'extrémité de la gaîne jusqu'au pédicule, qu'il me fut facile d'entourer avec la chaîne.

Tout cela fut fait sans le secours de la vue et avec les doigts seulement, mais avec la même sécurité que si j'avais opéré à ciel ouvert.

Cette première partie de l'opération ne demanda pas plus de deux ou trois minutes. Je fis ensuite jouer l'instrument de manière à étreindre petit à petit le pédicule et à le couper lentement. Au bout de sept ou huit minutes ce résultat était obtenu, la malade n'ayant éprouvé presque aucune douleur, et n'ayant certainement pas perdu une cuillerée

à café de sang. Une injection d'eau fraîche fut faite dans le vagin, et à partir de ce moment tout suintement sanguin cessa.

Aujourd'hui qu'il s'est écoulé plus de dix jours depuis l'opération, je puis ajouter que ses suites ont été des plus simples. Il n'y a eu ni fièvre ni douleur. Il ne s'est pas écoulé une goutte de sang. Un petit suintement clair et transparent a eu lieu les premiers jours et tend à disparaître de plus en plus. J'ai examiné l'utérus par le vagin, son volume a diminué et m'a paru normal. Le col s'est reconstitué. L'orifice externe laisse encore pénétrer facilement le doigt; mais l'orifice interne est fermé et oppose une résistance que je n'ai pas cru nécessaire de vaincre.

L'état général est déjà très-sensiblement amélioré. La bouffissure du visage a disparu. La peau se colore, l'essoufflement diminue et les forces augmentent chaque jour. En un mot, cette malade peut être considérée comme guérie, et ne tardera pas à retourner dans son pays.

La tumeur, comme on peut le voir, est un corps fibreux irrégulièrement arrondi, et recouvert, comme toujours, par une couche mince de tissu utérin. Il a le volume d'un petit œuf de poule. Son pédicule est de la grosseur d'un doigt ordinaire et a été sectionné de telle manière que la masse fibreuse a été enlevée en totalité; et comme je me suis assuré qu'aucune autre tumeur n'existait dans l'utérus, je pense que la guérison peut être regardée comme définitive.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, **Depaul.**

Séance du 8 *février* 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté après deux courtes rectifications demandées par MM. Giraldès et Broca.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Rimbert (de Châteaudun), *Traité des maladies charbonneuses ;* Paris, 1860, in-8°.

— *Proceedings of the royal medical and chirurgical Society of London*, vol. III, n° 2; London, 1859, in-8°.

— Costallat, *Étiologie et prophylaxie de la pellagre;* Paris, 1860, in-8°.

— Putégnat (de Lunéville), *Maladies des tailleurs de cristal et de verre, etc.;* Paris, 1860, in-8°.

— MM. Van Peterssen et Béchard adressent de nouveaux documents manuscrits, autographiés ou imprimés, relatifs au membre artificiel du membre supérieur. (Renvoi à la commission déjà nommée,)

— M. GOSSELIN dépose sur le bureau plusieurs observations de M. Letenneur, membre correspondant à Nantes. Ces observations seront ultérieurement communiquées à la Société.

Deux sont relatives à des tumeurs fibreuses de la mâchoire inférieure, qui ont été enlevées avec succès.

Une se rapporte à un énorme kyste multiloculaire du même os.

Une quatrième est intitulée *Exostose éburnée de la mâchoire inférieure,* développée dans le périoste alvéolo-dentaire et se présentant sous forme de séquestre invaginé. Opération et guérison.

Enfin, la cinquième est une observation de luxation en dehors du gros orteil gauche, avec plaie et issue de la tête du premier métatarsien, et de luxation incomplète de ce premier métatarsien sur le premier cunéiforme. Réduction et guérison.

— M. LARREY communique à la Société :

1° De la part de M. le docteur Gustave Dufour, médecin-major au 3e régiment de spahis, une observation manuscrite, sous forme de lettre, sur une *hernie traumatique du poumon.* (Renvoyé à l'examen de M. Morel-Lavallée.)

2 De la part de M. le docteur Sistach, aide-major de 1re classe au 12e de ligne, une observation manuscrite de *deux fractures successives du premier métacarpien gauche.*

3° De la part de M. le docteur Coindet, médecin-major au 2e spahis, une observation de *plaie transversale de la région thyrohyoïdienne*, extraite des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires.*

M. BOUVIER lit un rapport sur un Mémoire ayant pour titre *Notes et observations relatives aux contractures musculaires*, par M. Delacour, professeur-adjoint à l'école de médecine de Rennes. (Commissaires, MM. Guersant, Legouest et Bouvier, rapporteur.)

La note de notre honorable confrère, M. le docteur Delacour, a trait particulièrement aux effets du chloroforme dans les contractures. Il

fait mention de six cas où l'on a eu recours à cet agent, dont trois guérisons et trois insuccès.

L'usage du chloroforme dans les contractures musculaires est aujourd'hui tellement entré dans la pratique, que ces faits ont actuellement un peu moins d'importance qu'ils n'en présentaient à l'époque où ils ont été recueillis. Cependant, quelques observations rapportées avec plus de détails par l'auteur, fournissent des renseignements qui ne sont pas sans intérêt.

L'une de ces observations remonte à 1848 ; M. Delacour était alors interne de M. Nonat, à l'hôpital Cochin. Il y donna ses soins à une fille de vingt et un ans, affectée depuis trois jours de trismus avec grande difficulté d'avaler, impossibilité d'introduire des aliments solides, aphonie, symptômes qui avaient été précédés de vomissements, paraissant liés à la suppression des règles. Une seule chloroformisation mit fin à la contracture, et la malade sortit dix jours après, sans avoir éprouvé de récidive. Il est à noter que l'aphonie céda immédiatement à l'action du chloroforme ; on pourra, dit justement M. Delacour, tirer parti de ce fait dans des cas de spasme nerveux borné aux organes de la voix et de la parole.

Un second cas est de 1854 ; la malade était une jeune fille de dix-sept ans, placée dans le service de M. Pinault, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, pour une contracture des membres supérieur et inférieur gauches, qui durait depuis trois mois, et qui avait été produite par une violente attaque d'hystérie. Les deux membres étaient dans l'extension ; les doigts eux-mêmes étaient étendus et serrés les uns contre les autres. Le membre thoracique, porté en arrière, avait subi une telle rotation en dehors, que la face palmaire regardait en avant, comme dans l'attitude forcée qu'il a plu aux anatomistes de considérer comme la plus naturelle à l'homme. Ce membre était, en outre, privé de sensibilité. La rigidité et la résistance des muscles étaient extrêmes. Tout cela disparut comme par enchantement, dès qu'on eut produit le sommeil anesthésique et qu'on eut imprimé quelques mouvements aux articulations, pour allonger les muscles contractés. Il fallut seulement une autre séance le lendemain pour agir de la même manière sur le membre inférieur, parce qu'on ne s'était occupé le premier jour que du membre supérieur. Il ne resta qu'un peu de faiblesse dans les premiers moments, et la malade sortit guérie au bout de huit jours. Une circonstance singulière, mise en relief par M. Delacour, c'est que l'anesthésie du membre supérieur se dissipa immédiatement, comme la contracture, sous l'influence du sommeil chloroformique.

La contracture était évidemment hystérique dans ce dernier fait. Le premier cas était probablement de la même nature. Le fait suivant est d'un ordre tout différent.

Un petit garçon de huit ans avait depuis cinq jours la cuisse droite dans une rotation forcée en dehors, l'aine très-douloureuse, les muscles fessiers et adducteurs contractés et rigides. Tout effort pour changer l'attitude du membre causait des douleurs intolérables. Une luxation semblait imminente. A l'aide du chloroforme, on plaça sans peine le membre dans une position convenable sur un double plan incliné; les douleurs cessèrent, et l'enfant put marcher au bout de quelques jours. La maladie ne s'est pas reproduite.

Les trois cas d'insuccès rapportés par M. Delacour ont rapport :

1° A une contracture du bras chez une jeune fille, sur laquelle il ne donne point de détails;

2° A une contracture des adducteurs des cuisses avec paralysie de la vessie, observée par M. Delacour en 1848 chez une jeune fille qui fut sondée plusieurs fois pendant le sommeil anesthésique, et dont les muscles étaient de nouveau contracturés au réveil;

3° A une femme de trente ans, hystérique, atteinte comme la précédente de paralysie de vessie, mais avec des symptômes qu'on attribua à une ostéite du fémur gauche, tels que douleurs profondes du membre, adduction et rotation en dedans comme dans la coxalgie, etc. La résolution produite par l'éther fut également passagère chez cette malade.

L'insuccès, dans ces deux derniers cas, s'explique sans doute par la persistance de l'état morbide, dont la contracture n'était qu'un symptôme. Toutefois, même quand l'affection musculaire paraît être une névrose essentielle, le chloroforme est loin de réussir constamment.

Dans les observations de M. Grisolle, publiées par M. Géry fils (1), et relatives à la contracture idiopathique des extrémités, les inhalations de chloroforme n'amenèrent qu'un soulagement de courte durée, et bien que la guérison ait suivi une nouvelle administration du remède, on peut se demander, avec M. Corvisart (2), si la cessation spontanée des accès n'a pas été pour quelque chose dans la terminaison de la maladie. Mon excellent et savant collègue M. Briquet (3) a

(1) *Gazette des Hôpitaux* des 6 avril et 12 juin 1852.

(2) *De la contracture des extrémités*, thèse inaugurale, 1852.

(3) *Traité de l'hystérie*, p. 437, 656, 709; Paris, 1859.

vu les inhalations de chloroforme échouer dans la contracture hystérique. Le troisième cas d'insuccès, rapporté par M. Delacour lui-même, paraît appartenir à la contracture essentielle.

En raison même de cette diversité des résultats, les trois observations de guérison communiquées par notre confrère de Rennes sont d'autant plus remarquables que dans ces trois cas la cure a été instantanée, quoique la maladie eût déjà trois mois de durée dans l'un d'eux.

L'observation III présente un intérêt spécial, en ce qu'elle peut être rapprochée de ces cas de pseudo-coxalgie sur lesquels MM. Robert et Verneuil ont déjà appelé l'attention de la Société de chirurgie, et en ce que ce fait peut contribuer à éclairer le diagnostic différentiel, parfois difficile, de cette névrose et de la maladie articulaire qui constitue la véritable coxalgie.

Nous vous proposons :

1° De remercier M. le docteur Delacour de sa communication ;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

M. LARREY désirerait savoir si dans quelques-uns des cas qu'il a cités dans son mémoire, M. Delacour a eu des doutes sur la réalité de la contracture musculaire. Il importe de savoir, en effet, que ces contractures sont quelquefois simulées, et que l'anesthésie est le plus sûr moyen de découvrir la vérité.

M. BOUVIER répond que M. Delacour ne s'est pas posé la question, et que dans les divers cas relatés par lui la maladie paraissait bien réelle.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ferai remarquer que le procédé recommandé par M. Larrey n'est pas très-sûr. Comment distinguer, en effet, les contractures simulées de celles qui sont réelles, puisque ces dernières disparaissent également sous l'influence du sommeil anesthésique ?

M. BOUVIER. Il y a encore une grande différence. Pour que la contracture réelle disparaisse pendant l'anesthésie, il est indispensable d'imprimer des mouvements aux parties contracturées. Elle cesse, au contraire, spontanément, si elle est simulée.

M. CAZEAUX. Dans un des cas rapportés, il est dit que le bras et la jambe étaient contracturés, et que le bras seul a été guéri. Je voudrais savoir comment on explique cette particularité.

M. BOUVIER. L'état de la jambe avait été aussi très-notablement modifié.

M. LARREY. Je crois devoir insister sur la remarque que j'ai déjà faite. Il est des cas où le diagnostic est vraiment difficile, et avec les soldats on serait souvent induit en erreur sans l'épreuve du chloroforme. Avant l'introduction de cet agent dans la pratique de la chirurgie, j'avais recours à un autre moyen, qui donne aussi de bons résultats. Quand il s'agissait des membres supérieurs, je les plaçais l'un à côté de l'autre et je leur imprimais alternativement et simultanément des mouvements. Il est arrivé plus d'une fois que les conscrits, trompés par cette manœuvre, se trahissaient eux-mêmes, et laissaient découvrir la fraude.

M. BROCA. Puisque M. Larrey peut disposer d'un autre moyen presque aussi sûr que le chloroforme, j'avoue qu'il me conviendrait mieux de lui donner la préférence. Car, je suppose un malade atteint d'une véritable coxalgie : pour la constater, on le plonge dans le sommeil anesthésique. Il peut arriver qu'il succombe pendant l'expérience, et pour mon compte je ne me consolerais jamais d'un pareil malheur.

M. LARREY. Il est certaines coxalgies pour lesquelles je n'aurais jamais recours à l'épreuve du chloroforme, et si je croyais devoir la tenter, je le ferais avec toute la réserve possible.

La discussion étant close, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC. J'ai montré, il y a quelque temps, une jeune malade qui portait une tumeur assez volumineuse sur la paupière supérieure, tumeur dont la nature ne m'était pas bien connue alors, et que plusieurs membres de la Société déclarèrent être un kyste. Ce diagnostic était fondé, en effet, et j'ai pu m'en assurer depuis que j'ai pratiqué l'opération.

Je me suis servi de l'écraseur linéaire, que j'ai fait agir après avoir préalablement pédiculisé la tumeur. On peut voir aujourd'hui sur la malade que je représente, que la guérison a été obtenue sans difformité. La cicatrice n'offre aucune saillie, aucune inégalité; et on ne constate pas la moindre tendance à l'ectropion.

M. LEGOUEST. J'aurais voulu que M. Chassaignac fût entré dans quelques détails plus complets sur son procédé opératoire. J'ai eu quelques tumeurs de ce genre à enlever, et il m'est arrivé plus d'une fois de perforer la paupière supérieure. Je m'étais cependant servi de la pince de M. Desmarres; mais je dois avouer que je ne lui ai pas

trouvé l'utilité qui lui a été généralement accordée. Il est très-difficile de la maintenir en place. Toutefois, j'ai été assez heureux pour voir tous mes malades guérir.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai qu'une chose à dire ; c'est que la peau amincie de la paupière supérieure m'a permis de pédiculiser très-facilement la tumeur, et j'ai pu faire agir l'écraseur avec toute sécurité.

M. LARREY. M. Legouest a signalé avec beaucoup de raison un accident qui peut arriver pendant l'extirpation de certains kystes de la paupière supérieure. J'ai assisté à une opération de ce genre pratiquée par Dupuytren ; il se servit de ciseaux ; et je me souviens qu'il perça complétement la paupière.

M. BOINET demande si le kyste a été enlevé dans sa totalité ? Un petit noyau qu'il sent sur un point de la cicatrice lui laisse quelques doutes à cet égard.

M. CHASSAIGNAC répond qu'après l'opération le kyste a pu être examiné, et qu'il était bien complet.

Il fait voir ensuite une petite fille qui porte une fistule salivaire derrière l'oreille. Cette fistule a succédé à un abcès qui s'était développé dans cette région. Il fera connaître ultérieurement le résultat de l'opération qu'il se propose de pratiquer. Il rappelle qu'il a déjà présenté un jeune homme qu'il a guéri d'une fistule salivaire beaucoup plus considérable.

M. LEGOUEST voudrait connaître le procédé que son collègue se propose de mettre en usage. Il a eu à traiter l'année dernière une fistule située dans la même région, et qui avait également succédé à un abcès. Il employa inutilement les injections, la cautérisation, l'incision du trajet fistuleux, les serre-fines et la suture. Le malade quitta l'hôpital sans être guéri.

M. VERNEUIL. J'ai vu une fistule salivaire qui avait été la conséquence de l'extirpation d'une portion de la parotide hypertrophiée. Au bout d'un mois elle s'était considérablement réduite, et ne constituait plus qu'une fistulette qui s'améliora encore sous l'influence de la teinture d'iode. Mais après deux mois, l'état demeurant stationnaire, je fis rougir un petit stylet, et je l'introduisis à un centimètre de profondeur. Une seule cautérisation procura une guérison définitive.

M. CHASSAIGNAC. Pour les fistules difficiles à guérir, l'autoplastie me paraît le plus sûr moyen ; et il est probable que c'est à elle que j'aurai recours pour mon malade.

M. BROCA. La galvano-caustique est surtout utile dans les cas de ce genre, et je crois que M. Chassaignac ferait bien d'en essayer sur son malade.

— M. CHASSAIGNAC montre une plaie du cœur curieuse par la direction suivie par l'instrument, qui a traversé l'organe de part en part en restant dans l'épaisseur de la cloison inter-ventriculaire, si ce n'est dans un point limité où il a pénétré dans le ventricule gauche. La blessure a été la conséquence d'un coup de couteau que le malade s'est donné lui-même. L'arme a pénétré entre la cinquième et la sixième côtes, et la mort a été presque instantanée.

A l'autopsie, le péricarde a été trouvé distendu par une grande quantité de sang en partie liquide et en partie coagulé.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 15 février 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. BOUVIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Je reconnais, dit-il l'exactitude du procès-verbal en ce qui me concerne; aussi n'est-ce pas pour réclamer à propos de sa rédaction que je prends la parole. Je veux seulement compléter ma pensée, que je crains de ne pas avoir suffisamment exprimée dans la dernière séance en répondant à M. Larrey. Je désire qu'il soit consigné que j'admets que certaines contractures pathologiques disparaissent d'elles-mêmes sous l'influence du chloroforme.

M. LARREY. Je n'ai entendu parler que des contractures simulées, et d'ailleurs je n'ai pas été exclusif, puisque j'ai dit que j'avais eu souvent recours avec avantage à un autre moyen, le rapprochement, au contact, des membres supérieurs ou inférieurs, et l'usage de mouvements alternatifs et simultanés.

Je partage d'ailleurs l'opinion de M. Bouvier : le chloroforme fait cesser certaines contractures vraiment pathologiques.

M. MOREL. Puisque le chloroforme agit également dans les contractures réelles et dans celles qui sont simulées, je me permettrai de

demander une seconde fois à M. Larrey comment il peut trouver dans cet agent un moyen de diagnostic?

M. LARREY. Je reconnais que le chloroforme peut tromper dans certains cas ; aussi, dans ceux qui sont douteux, essayerai-je des mouvements dont j'ai parlé, et qui m'ont plus d'une fois permis de distinguer la fraude.

M. MOREL. Puisqu'il en est ainsi, je constate qu'il demeure établi que le chloroforme, dans l'application qu'en a faite M. Larrey, est un moyen infidèle.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Grandelement. *Compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand* pour les années 1857, 1858 et 1859. Trois brochures in-8°.

— *Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris.* Paris, 1859, in-8° (années 1856 à 1859).

— *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.*

— *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde,* 1860, t. I (Prague, 1860, in-8°).

— M. le Dr Trélat, professeur agrégé à la Faculté de médecine, se porte candidat à la place de membre titulaire, qui vient d'être déclarée vacante.

— M. LARREY présente à la Société, de la part de M. le docteur Giovanni Melchiori, chirurgien en chef de l'hôpital de Novi, les opuscules suivants en italien :

1° Revue des cas les plus importants de chirurgie observés à l'hôpital civil de Saint-Jacques, à Novi ;

2° Observations hygiéniques sur le tissage de la soie, à Novi ;

3° Maladies des mains chez les tisseurs de soie ;

4° Observations de quelques lésions traumatiques de la colonne vertébrale ;

5° Volvulus de l'S iliaque ;

6° Opération de phimosis ;

7° Incrustation calcaire de la tunique vaginale ; tumeur fibro-plastique de l'albuginée, et fungus du testicule arrêté dans le canal inguinal ;

8° Extirpation d'une tumeur sous-pubienne et de la totalité de l'urèthre chez une femme ;

9o Rétention du sang menstruel par atrésie du vagin;

10o Innocuité de la rétention du placenta dans l'avortement.

M. Melchiori, en adressant ses travaux à la Société, sollicite le titre de membre correspondant. Il a été l'aide du professeur Porta, et il est depuis vingt ans chirurgien en chef de l'hôpital de Novi. Il est, enfin, justement considéré, ajoute M. Larrey, par ceux des médecins de l'armée d'Italie qui ont eu occasion de le connaître. (Commission, MM. Giraldès, Larrey, Cullerier.)

— M FOLLIN dépose sur le bureau, au nom de M. Rigal (de Gaillac), une brochure intitulée *Revendication de l'orthopédie physiologique fondée sur la création des muscles factices en caoutchouc.*

COMMUNICATION.

M. GUÉRIN fait la communication suivante:

L'hypertrophie du col de l'utérus arrivée au point de nécessiter l'amputation, n'est pas assez commune pour que la Société n'accueille pas avec quelque intérêt toutes les observations qui peuvent éclairer ce point de la chirurgie.

Le 7 février, j'ai amputé un col utérin qui était remarquable par ses dimensions. Le museau de tanche, considérablement hypertrophié, faisait hors de la vulve, entre les petites lèvres, une saillie du volume d'une pomme d'api. Rouge dans la plus grande partie de son étendue, il était le siége d'une ulcération à fond grisâtre, dont l'étendue était à peu près celle d'une pièce d'un franc.

L'hystéromètre, introduit dans le col de l'utérus, pénétrait à une profondeur de 10 ou 11 centimètres, suivant la pression exercée sur le manche de l'instrument. En portant le doigt indicateur dans le vagin, on sentait distinctement une sorte de collet, indiquant le point où finissait le col et où commençait le corps de l'utérus. Le toucher ajoutant ainsi aux données de la mensuration par l'hystéromètre, nous avons pu constater que la cavité du corps de l'utérus, ayant la direction et le volume de l'état normal, était de 3 centimètres, tandis que la longueur du col était de plus de 7 centimètres.

Cette hypertrophie est telle, qu'il peut être utile de donner quelques renseignements sur la constitution et les antécédents de la malade.

Réglée entre seize et dix-sept ans, elle a eu jusqu'ici ses menstrues très-régulièrement. Le sang qu'elle perdait était rouge et abondant. La durée des règles, qui d'abord était de trois à cinq jours, ayant

augmenté dans les dernières années jusqu'à huit et dix jours, la malade a quelquefois été effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait. A l'âge de dix-neuf ans, devenue grosse, elle accoucha à l'hôpital Saint-Antoine. L'accouchement se fit naturellement à terme, et les douleurs ne durèrent guère plus d'une heure. Quinze jours plus tard, elle quitta l'hôpital, se croyant parfaitement rétablie. C'est pourtant à une époque voisine de son accouchement que la malade rapporte le début de sa maladie, sans qu'elle puisse bien préciser, n'ayant jamais ressenti la moindre douleur dans cette région.

Quand je l'ai examinée dans le service de M. Lallier, mon collègue à l'hôpital de Lourcine, j'ai pensé qu'une femme de vingt-trois ans ne pouvait pas conserver une pareille infirmité. M. Lallier ayant, avant moi, exprimé la même opinion, nous décidâmes que nous amputerions le col hypertrophié, en nous servant de l'écraseur linéaire. Restait à fixer l'étendue du col que nous devrions enlever. L'hypertrophie n'ayant pas seulement porté sur la portion sous-vaginale du col, mais aussi sur la portion sus-vaginale, le vagin relâché avait suivi le col dans sa descente et le tapissait jusqu'à la distance de 5 centimètres de son orifice extérieur; de telle sorte qu'il eût été infailliblement coupé si la chaîne de l'écraseur avait porté un peu au-dessus de ce point. Nous décidâmes donc que le col serait excisé un centimètre plus bas.

La malade ayant été endormie par le chloroforme, nous opérâmes à l'aide de l'écraseur. Bien que la section eût été faite promptement, en treize ou quatorze minutes, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. L'utérus devenu libre remonta aussitôt, et nous ne pûmes pas constater si la coupe était concave ou convexe.

Neuf jours après l'opération, la malade dit n'avoir pas souffert; elle mange bien, et quoiqu'elle n'ait encore quitté son lit que pour aller au bout de la salle, on peut la considérer comme guérie.

Nous avons noté dans ce cas que la cavité du col n'a point disparu sous la constriction de l'écraseur, bien qu'aucune précaution n'ait été prise pour s'opposer à son oblitération. Les craintes que quelques personnes ont exprimées à ce sujet sont donc sans fondement.

L'amputation du col de l'utérus par l'écraseur linéaire me paraît devoir être préférée à celle que l'on pratique avec l'instrument tranchant. Dans le cas dont je viens de parler, le col était évidemment très-vasculaire, et j'aurais craint, en le coupant avec le bistouri, de m'exposer aux accidents qui suivent si souvent les opérations dans lesquelles de gros vaisseaux sont divisés sans constriction préalable.

LECTURE.

M. BAUCHET donne lecture d'un travail sur les polypes naso-pharyngiens.

Renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Legouest et Desormeaux.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai fait venir deux malades que plusieurs de mes collègues ont bien voulu examiner, et que j'ai dû renvoyer, vu l'heure avancée.

Sur l'un d'eux, j'ai pratiqué une amputation sus-malléolaire, et le résultat, comme on a pu le voir, est des plus satisfaisants. Je crois devoir l'attribuer à la manière dont j'ai taillé la manchette, qui a été prise aux dépens de la peau qui recouvrait les deux malléoles.

L'autre s'était fracturé la rotule, et j'ai obtenu à l'aide d'un appareil fort simple une réunion si complète, qu'il est permis de supposer qu'elle est due à un cal osseux.

Voici le moyen dont je me suis servi :

Le membre ayant été placé dans une gouttière métallique, j'ai maintenu les deux fragments à l'aide d'un huit de chiffre formé par deux courroies transversales, passant l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la rotule, et réunies entre elles par une bande verticale que je me propose de faire en tissu élastique à la première occasion.

C'est la quatrième fracture de la rotule que je vois depuis quatre mois. Dans deux cas, j'ai obtenu une réunion qui paraît osseuse, et dans un troisième il s'est produit un cal fibreux extrêmement court.

M. HUGUIER. L'appareil dont s'est servi M. Morel-Lavallée est loin d'être nouveau. Il a été employé par Boyer, et on le voit depuis longtemps exposé dans la boutique de M. Valérius.

M. LARREY. J'ai vu le malade, et j'ai constaté, en effet, une réunion très-exacte. Je n'ai pu saisir aucun mouvement entre les deux fragments.

Je ne sais pas si M. Morel-Lavallée tirera un grand avantage des tissus élastiques qu'il a l'intention d'employer à l'avenir. La position donnée au membre est un des moyens les plus importants dans les fractures de ce genre.

L'amputation sus-malléolaire pratiquée sur l'autre malade a donné un des plus beaux résultats que j'aie jamais vus, et je ne me serais pas élevé, comme je l'ai fait à une autre époque, contre cette amputation, s'il en était toujours ainsi.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je n'ai pas entendu réclamer la priorité de l'appareil dont j'ai parlé. La question est de savoir s'il est avantageux : c'est ce qui importe surtout aux malades.

Quant aux tissus élastiques, j'avoue que j'ai une grande confiance dans leur efficacité, car je m'en suis déjà servi un grand nombre de fois avec beaucoup d'avantage, et dans des cas difficiles. Je pourrais citer en particulier certaines fractures de la clavicule.

M. LARREY. On ne saurait comparer les fractures de la rotule à celles de la clavicule. Ces dernières guérissent souvent sans difformité, et même sans l'emploi d'aucun appareil spécial.

M. RICHET. Je constate aussi le très-beau résultat qu'a donné l'amputation sus-malléolaire. Mais je ne suis pas sûr que la consolidation de la fracture de la rotule ait eu lieu par un cal osseux. J'ai mesuré comparativement les deux rotules, et j'ai trouvé en longueur 3 centimètres de plus à celle qui a été fracturée. Cela tient-il à un épaississement des parties molles environnantes, ou bien à ce que l'écartement qui existait entre les deux fragments a été comblé par du tissu osseux ou par du tissu fibreux? Un cal osseux aussi considérable que celui que suppose la différence de longueur, me semble bien difficile à admettre. Pour mon compte, je penche plutôt pour un cal fibreux. Qu'en pense M. Morel-Lavallée ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Si le tissu interposé avait près de 3 centimètres de longueur, on pourrait constater une certaine mobilité entre les fragments. Or, de quelque manière qu'on s'y prenne, on n'en détermine aucune.

J'ajouterai que le malade avait été atteint récemment de favus sur le genou à la suite de l'application d'un vésicatoire, et qu'on avait dû recourir à des cautérisations avec le nitrate d'argent. Il est évident, d'ailleurs, qu'il y a encore un engorgement notable dans les parties molles extérieures à la rotule. Je crois donc à l'existence d'un véritable cal osseux, et, dans tous les cas, s'il était d'une autre nature, il aurait les mêmes avantages par son extrême solidité.

Je ferai remarquer en terminant que le diamètre vertical de l'os n'est pas le seul qui soit augmenté. Il en est de même du transversal.

M. RICHET. Je ne puis partager l'opinion de M. Morel-Lavallée sur ce dernier point. J'ai pris la mesure du diamètre transversal de la rotule fracturée et je me suis assuré qu'il ne différait pas sensiblement de celui du côté opposé, et c'est cette particularité qui a fait naître les premiers doutes dans mon esprit. Quoi qu'il en soit, le résultat obtenu est des plus satisfaisants.

M. LARREY. Il ne faut pas oublier que chacun des fragments d'une rotule fracturée peut se développer séparément. J'ai vu un cas où il y en avait trois, et dans lequel chacun d'eux avait acquis le volume d'une rotule ordinaire.

M. RICHET met sous les yeux de la Société une tumeur du sein qui a été recueillie dans les conditions suivantes :

La malade avait été opérée une première fois, il y a quatre ans, par M. Follin. Elle se souvient d'avoir entendu dire que la tumeur enlevée était de nature adénoïde, et on lui avait assuré qu'elle ne récidiverait pas.

Cependant elle est revenue à Paris, il y a six semaines, pour une tumeur qui s'était reproduite derrière la cicatrice. Du reste, il n'y avait pas encore d'ulcération, et les ganglions axillaires ne présentaient aucun engorgement.

M. RICHET se disposait à pratiquer une nouvelle opération, lorsque des phénomènes inflammatoires se développèrent dans le sein malade. Plusieurs abcès suivis de gangrène se formèrent, s'ouvrirent, et la tumeur fut en grande partie éliminée. Cette élimination était même tellement avancée qu'elle n'aurait pas tardé à se compléter. Cependant notre collègue crut prudent de l'achever, la vie de la malade étant menacée par une suppuration abondante qui avait déjà produit de la diarrhée et de la fièvre hectique.

M. VERNEUIL fait remarquer que les cas de récidive de tumeurs dites bénignes ne sont pas très-rares. M. Velpeau en a cité plusieurs exemples dans son ouvrage. Quelques-unes de ces tumeurs adénoïdes ont un aspect colloïde particulier et renferment des culs-de-sac au milieu d'un tissu fibro-plastique abondant. Après l'opération il se forme parfois sous la cicatrice un nouveau dépôt de tissu fibro-plastique qui ne renferme plus de culs-de-sac glandulaires. Les bulletins de la Société anatomique renferment un cas de ce genre.

Il serait très-intéressant de savoir si, sur la pièce de M. Richet, on rencontre encore de ces culs-de-sac. Je me propose de l'examiner avec soin sous ce rapport, et je ferai connaître à la Société le résultat de mes recherches.

M. BROCA. Une tumeur qui contient des culs-de-sac glandulaires en même temps que du tissu fibro-plastique, ne doit pas être considérée comme adénoïde uniquement à cause de la présence des éléments glandulaires. Les productions morbides dans lesquelles on trouve à la fois du tissu cellulaire et des éléments cancéreux n'en sont pas moins des tumeurs cancéreuses.

Les tissus glandulaire et eellulaire indiquent seulement l'origine et non la nature des productions aeeidentelles. Si dans la tumeur présentée par M. Riehet on ne trouve plus que des éléments fibro-plastiques, eela ne prouve pas qu'elle soit d'une autre nature que eelle primitivement enlevée; cela démontre uniquement que le tissu de la mamelle avait été emporté dans la première opération.

— M. HOUEL présente, au nom de M. Ad. Riehard, un énorme enehondrome kystique du testicule. Cette tumeur a été enlevée le 14 février 1860, sur un malade de quarante ans. Elle ne s'accompagnait d'aueune tumeur abdominale; eordon sain. Son début date de deux ans. Etat général excellent. Aucun préeédent eaneéreux dans la famille.

Le pronostic de ees tumeurs n'est point eneore fait. Ce malade, qui est de la province, pourra être suivi facilement, et son histoire, eomplète plus tard, sera eonsultée avec fruit par celui qui un jour fera la monographie des enehondromes testiculaires.

— La séanee est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 22 février 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

M. BOINET, ayant à présenter un malade qui est obligé de repartir, obtient la parole avant la leeture du proeès-verbal. Il rappelle que, à l'oeeasion de la discussion qui a eu lieu réeemment au sein de la Soeiété sur la rupture du ligament rotulien, il a parlé d'un élève de Sainte-Barbe qui avait éprouvé cet aeeident le 15 octobre dernier, et qui en avait été complétement guéri. Il est heureux de pouvoir le mettre aujourd'hui sous les yeux de ses eollègues.

Ce jeune homme marehe sans boiter et fait de très-longues courses sans fatigue. Quand il est debout, on ne remarque rien d'anormal dans l'articulation; s'il est assis, et alors que la jambe est fléehie sur la euisse, la tubérosité antérieure du tibia paraît beaucoup plus saillante que du eôté opposé. Cela peut s'expliquer, d'après M. Boinet, par quelque déchirure des ligaments eroisés, qui ont été probablement arraehés à leur insertion antérieure. Notre eollègue fait en outre remarquer que ce jeune homme est un peu moins solide sur le membre qui a subi la lésion quand il s'agit de descendre un escalier;

mais l'accident étant encore assez récent, il y a lieu d'espérer que cela s'améliorera. En attendant il lui fait porter une genouillère.

M. MOREL. La description qui vient d'être faite par M. Boinet de l'état des parties est très-exacte ; mais je ne crois pas son interprétation fondée. Il n'y a aucune déchirure des ligaments croisés. Mais il existe un allongement notable du ligament rotulien, et c'est lui qui permet à la rotule de remonter plus haut que du côté opposé dans la flexion du membre.

M. GIRALDÈS. Je crois, comme M. Morel, que M. Boinet a donné une mauvaise explication de l'état des choses. Les ligaments croisés n'ont pas été intéressés. Voici, selon moi, la véritable explication. La tubérosité antérieure du tibia a sensiblement augmenté de volume. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à la comparer à celle du côté opposé. Il en résulte que les condyles du fémur paraissent situés plus en arrière. Il y a d'ailleurs un empâtement général de l'articulation, et peut-être déjà quelques fongosités de la synoviale. Je pense que, au lieu de faire marcher le malade, il faudrait lui conseiller beaucoup de repos.

M. MOREL. Je ne nie pas absolument la différence de volume signalée entre les deux tubérosités tibiales. Mais il y a un allongement incontestable du ligament rotulien, et c'est là ce qui permet à la rotule de remonter.

M. BOINET. Je suis très-heureux d'avoir entendu les explications proposées par mes collègues. Je ne tiens pas à la mienne, que je n'avais donnée que sous forme de doute. Quant au gonflement de l'articulation dont il a été parlé, je ne l'ai pas constaté. Je fais remarquer seulement que le jeune malade marche facilement et sans douleur, et que j'ai pris la précaution de lui faire porter une genouillère.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté, avec quelques rectifications demandées par MM. LARREY, HUGUIER et MOREL.

M. VERNEUIL demande la parole à l'occasion du procès-verbal et donne lecture de la note suivante :

Tumeur du sein. — A l'examen microscopique de la tumeur du sein présentée par M. Richet, j'ai fait, dit-il, plus de vingt préparations pour étudier les différents points de la tumeur et les divers aspects du tissu morbide. Je m'empresse de confirmer l'exactitude de l'opinion de M. Richet. Sur toutes les préparations j'ai retrouvé des grains glandulaires nombreux, volumineux, parfaitement caractérisés.

Ils étaient en proportion assez considérable pour caractériser la maladie, et on peut évaluer qu'ils formaient bien le tiers de la masse totale de la tumeur.

En soupçonnant, d'après l'aspect de certains points, que le tissu était fibro-plastique, j'avais jusqu'à un certain point raison ; en effet, les grains glandulaires, quoique abondants, sont séparés les uns des autres par une grande quantité de tissu fibreux imparfait, translucide, assez friable, paraissant comme infiltré et servant de gangue compacte à l'élément glandulaire. Si celui-ci se reconnaît facilement à ses contours et à l'épithélium nucléaire, qui se groupe en acini, l'existence du tissu fibro-plastique n'est pas moins facile à constater à son aspect fibroïde, à ses faisceaux flexueux et comme pelotonnés, et surtout à l'immense quantité de noyaux ovoïdes qu'y révèle l'action de l'acide acétique. Une assez forte proportion de matière amorphe infiltre les mailles irrégulières de cette gangue, qui constitue, sans exagération, les deux tiers de la production morbide.

Il y a donc hypertrophie simultanée du tissu glandulaire et du tissu conjonctif interlobulaire. Au reste, les deux tissus combinés forment de gros lobes arrondis, séparés les uns des autres par des scissures plus ou moins profondes, et n'adhérant que faiblement entre eux et avec les tissus sous-jacents. On peut les énucléer en grande partie avec un instrument mousse.

La surface ulcérée repose sur ces lobules ; quelques-uns d'entre eux sont véritablement à nu, c'est-à-dire qu'ils ne sont recouverts que par une couche de bourgeons charnus très-mince. A un demi-millimètre ou un millimètre de profondeur, on retrouve les culs-de-sac glandulaires. Ailleurs la membrane pyogénique est plus épaisse ; mais en somme on peut dire que le fond de l'ulcère est constitué par l'hypertrophie glandulaire elle-même.

La couche de tissu malade est d'une épaisseur très-inégale : quelques millimètres ici, là plus de trois centimètres. Elle n'adhère que faiblement à la couche sous-jacente. D'où résulte qu'il eût été possible d'énucléer la tumeur sans pratiquer en quelque sorte des incisions. C'est purement au point de vue anatomo-pathologique que je fais cette remarque, dont je ne voudrais nullement faire un précepte opératoire.

En voyant une aussi grande quantité d'éléments glandulaires dans cette partie de la tumeur que le sphacèle a épargnée, on ne peut tout d'abord supposer que la mamelle ait été enlevée en totalité lors de la première opération qui a eu lieu il y a quatre ans. Admettant, en effet, que la récidive était une hypertrophie mammaire comme la première

maladie, il faut nécessairement opter entre l'une des deux hypothèses suivantes :

1° La mamelle n'a pas été enlevée en totalité il y a quatre ans. Certains lobes échappés au bistouri se sont hypertrophiés à leur tour, et il y a eu continuation plutôt que récidive du mal. (Il est inutile, je pense, d'insister sur la différence radicale qui sépare ces deux processus morbides.)

2° La mamelle a été enlevée, et, en raison d'une disposition particulière de la nutrition en ce point, il y a eu production d'un tissu nouveau affectant les caractères anatomiques du tissu mammaire. Ici la récidive, dans le sens propre du mot, serait incontestable.

Je n'ignore pas que cette seconde opinion trouverait créance auprès de certains anatomo-pathologistes éminents, dont je tiens les travaux en grand honneur ; mais outre que la démonstration péremptoire serait fort difficile, outre que la régénération locale d'un tissu ne procède guère que de vestiges, de reliquats du tissu primitif, je ne puis l'admettre dans le cas actuel, trouvant dans l'examen de la pièce elle-même des arguments beaucoup plus capables, suivant moi, de prouver que la mamelle, lors de la première opération, n'a pas été extirpée en totalité.

En effet, actuellement encore, nous retrouvons des portions non altérées de la glande, et je puis même affirmer que cette fois-ci encore l'extirpation de la mamelle n'a pas été complète. J'ai dit plus haut que le tissu morbide, ne constituant pas toute l'épaisseur de la masse enlevée, reposait sur une couche sous-jacente ; celle-ci, en certains points, n'est formée que par du tissu cellulaire lâche, de sorte que la face profonde de la tumeur devait reposer directement sur l'aponévrose du grand pectoral. Mais, dans la plus grande partie de son étendue, cette couche est formée par un tissu blanc, solide, tenace, très-résistant, élastique, qui offre déjà à l'œil nu tous les caractères du tissu mammaire, tel qu'on l'observe, par exemple, hors de l'état de lactation et chez les femmes un peu âgées.

En certains endroits, cette couche a près d'un centimètre d'épaisseur. En examine-t-on un fragment au microscope, on y trouve, au milieu d'un tissu fibreux, dense et tenace, une très-notable quantité de grains glanduleux et d'acini parfaitement caractérisés et tout à fait sains en apparence ; ils sont en effet beaucoup plus réguliers, beaucoup plus petits que les grains analogues qui constituent la tumeur. Leurs acini sont eux-mêmes au moins cinq ou six fois plus petits dans leur diamètre. Il me semble difficile de ne point reconnaître ici une partie

de l'ancienne mamelle aplatie, étalée en membrane par la pression de la tumeur surajoutée.

Je vais plus loin, et si M. Richet, dans sa dernière opération, s'était proposé d'enlever avec la tumeur tout vestige de la glande, s'il pensait être arrivé à ce résultat, je chercherais à lui démontrer le contraire. Il a fait ce que font presque tous les chirurgiens, ce que sans doute j'aurais fait à sa place ; il a laissé dans la plaie une couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire. Pour en être persuadé, il suffit d'examiner avec attention la face profonde de la tumeur, telle qu'elle m'a été remise. On constate qu'à cette face, aussi bien qu'à la circonférence, le bistouri a divisé une sorte de tissu fibreux solide, non équivoque en apparence, mais cependant manifestement continu avec le disque de tissu mammaire aplati, que je décrivais tout à l'heure. Enlève-t-on, avec des ciseaux courbes, de petites lames de ce tissu, sur les surfaces profondes et circonférentielles qu'a tracées l'instrument tranchant, et les examine-t-on au microscope, on les trouve abondamment munies d'éléments glandulaires.

Comme il est à peu près impossible de supposer que le bistouri, dans l'étendue de 7 à 8 pouces carrés, ait précisément parcouru les frontières de la glande en restant en dehors d'elles, on peut considérer comme certain, qu'après l'opération la plaie renfermait dans ses couches superficielles une certaine quantité d'éléments glandulaires.

Il est inutile de dire que l'œil nu eût été tout à fait impuissant à constater ce détail délicat, et que si la pratique peut en tirer quelque enseignement utile, elle devra se résigner à l'attribuer au microscope.

Et maintenant, quelle sera la destinée de ces parcelles glandulaires échappées au chirurgien ? seront-elles détruites par la suppuration ? se perdront-elles dans le tissu cicatriciel qui les étouffera dans sa rétraction ? Continueront-elles à vivre, et, dans ce cas, deviendront-elles à leur tour le siége d'un travail morbide? C'est ce que l'avenir seul décidera.

Toutefois, si le mal devait repulluler, les renseignements que nous venons de recueillir pourraient être précieux, en cela qu'ils autoriseraient le chirurgien à poursuivre encore l'affection dans ses dernières racines. A une époque qui n'est pas très-éloignée de nous, on n'aurait guère hésité à regarder la malade de M. Richet comme atteinte d'une tumeur cancéreuse tout à fait maligne, et l'on aurait reculé devant la première récidive. On peut au contraire espérer que la dernière opération amènera la cure radicale ou tout au moins qu'on pourra défini-

tivement l'obtenir en guettant, si je puis ainsi parler, les premiers indices d'une reproduction, et en agissant contre elle le plus tôt possible.

Si la chirurgie reste impuissante contre la récidive des tumeurs cancéreuses, elle doit au contraire se montrer persévérante contre la repullulation locale des tumeurs hypertrophiques : on peut triompher de ces dernières au bout d'un temps plus ou moins long, en se conformant aux deux préceptes fondamentaux suivants :

1° Sacrifier autour du produit morbide une large zone de tissus sains en apparence ;

2° Opérer les récidives dès leur apparition et ne point attendre qu'elles aient acquis un volume considérable.

Les anatomo-pathologistes modernes ont souvent accusé les chirurgiens de faire l'extirpation des tumeurs d'une manière incomplète et de se montrer trop parcimonieux à l'endroit des parties molles ambiantes. La pièce que nous venons d'étudier justifie pleinement ce reproche, et sous ce rapport elle me paraît très-instructive.

Pour ma part, je remercie M. Richet de nous avoir rapporté ce fait intéressant. C'est en suivant longtemps les malades qu'on arrivera à préciser nos connaissances sur l'évolution des tumeurs, et qu'on arrivera à trancher des points de doctrine si indécis encore.

J'avais dans la dernière séance annoncé que la récidive après l'ablation de certaines tumeurs du sein pouvait revêtir un autre caractère anatomique que le mal primitif, et j'avais dit qu'après l'extirpation de tumeurs dites adénoïdes, on pouvait observer des tumeurs secondaires dans lesquelles le microscope ne retrouvait plus d'éléments glandulaires, mais seulement d'un tissu fibro-plastique. A un adénome primitif avait succédé un fibrome secondaire. J'avais comparé ce dernier à une sorte de kéloïde, en d'autres termes, à une maladie de la cicatrice. Le fait de M. Richet ne rentre nullement dans cette catégorie, quoique je l'eusse soupçonné tout d'abord. Mais d'autres faits que j'ai observés me suffisent pour tenir comme démontrée l'assertion que j'ai émise et que je vous demande la permission d'exposer brièvement.

Sans entrer dans de longs détails sur la structure extrêmement variée des tumeurs hypertrophiques du sein, je rappellerai seulement que l'hypergénèse peut porter de préférence sur la gangue celluleuse interlobulaire ; le tissu glandulaire peut participer ou non à cette nutrition exagérée. Toujours est-il que la tumeur appartient essentiellement à la classe des fibromes par sa structure, par ses propriétés

physiques, et aussi par sa marche et son pronostic. La presque totalité de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif plus ou moins développé. Le microscope n'y découvre guère que des faisceaux enroulés de tissu cellulaire, des cellules fusiformes, des noyaux fibro-plastiques; beaucoup de matière amorphe, peu de vaisseaux. Le tissu est élastique au toucher, translucide, d'un blanc rosé ou jaunâtre. La coupe est luisante, lisse, sans suc crémeux; elle laisse couler en abondance une sérosité visqueuse qui rappelle le sérum du sang ou la lymphe plastique récente. Ce fluide, interposé à la trame solide, lui donne un aspect gélatiniforme et comme infiltré. L'œil nu fait déjà soupçonner la structure; cependant la disposition générale de l'adénome peut persister, c'est-à-dire que la masse morbide est composée de gros lobes arrondis, mobiles les uns sur les autres, granuleux et mamelonnés à la surface, de façon à reproduire l'apparence de grains glanduleux hypertrophiés et agglomérés. A un faible grossissement, on retrouve sans peine des éléments configurés comme des acini gigantesques, à contours nets et réguliers; mais la conservation de la forme n'entraîne pas celle de la composition anatomique, et j'ai pu constater que ces éléments aciniformes, au lieu d'être constitués par l'épithélium nucléaire normal, se composaient uniquement d'éléments fibro-plastiques. J'ai eu l'occasion d'observer un cas qui confirme encore mieux ces données.

Une malade, dont l'observation se trouve relatée (avec quelques inexactitudes) dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1858, p. 281), fut opérée quatre fois pour une même tumeur du sein, qui lors de la première extirpation offrait absolument les caractères physiques que j'ai décrits plus haut. Examinée au microscope par M. Robin, elle fut caractérisée : *Tumeur fibreuse avec hypertrophie des lobules glandulaires*. A la seconde opération, on retrouve encore des éléments glandulaires hypertrophiés et des noyaux embryo-plastiques. Seconde récidive; le tissu morbide n'est point examiné. Troisième récidive. Je suis appelé à la traiter, et, après mûr examen, je considère la tumeur comme due uniquement à une hypertrophie de la cicatrice, en d'autres termes, à une kéloïde, sans mélange d'éléments cancéreux ni glandulaires. Je me décide à faire une nouvelle tentative d'extirpation et à boucher la plaie avec un lambeau. L'autoplastie réussit à souhait, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'une quatrième récidive, que je jugeai cette fois inaccessible à la chirurgie. L'examen microscopique confirma mes prévisions, en cela que la tumeur, entièrement composée du tissu fibro-plastique le plus nette-

ment caractérisé, ne renfermait pas la moindre trace ni d'éléments glandulaires ni d'éléments cancéreux.

J'ai déjà exposé en partie ces idées à propos de diverses présentations faites à la Société anatomique. J'ai cru utile de les reproduire devant vous, parce qu'elles introduisent dans les tumeurs non cancéreuses de la mamelle une division délicate, mais fort importante en pratique, surtout relativement au pronostic; elles démontrent une fois de plus que, bien plus que la forme, la composition élémentaire est la véritable caractéristique des productions accidentelles ou tumeurs.

Dans l'observation à laquelle je faisais allusion plus haut, il me paraissait indispensable de ne point laisser suppurer la plaie produite par l'extirpation de la tumeur. Je voulus donc combler cette plaie à l'aide d'un lambeau; l'étoffe cutanée manquait complétement sur le côté de la poitrine correspondant à la maladie. L'autoplastie par décollement et glissement me paraissait ici dangereuse, et son succès plus que douteux. J'eus l'idée d'emprunter un vaste lambeau elliptique aux téguments de la mamelle voisine, très-développée et très-rapprochée de la ligne médiane; une très-légère inflexion du large pédicule suffit pour amener, sans tension ni effort quelconque, le lambeau dans sa nouvelle situation. Jamais je ne vis une autoplastie plus heureuse comme résultat primitif. Je me contente de vous signaler brièvement cet expédient, que je crois nouveau, mais qui détournerait la discussion de son but, tenant à votre disposition ou l'observation entière ou les éclaircissements immédiats qu'il vous plairait de me demander.

M. RICHET. Je remercie M. Verneuil du soin extrême avec lequel il a examiné la pièce que j'avais présentée dans la dernière séance. Il a eu raison de dire que j'avais laissé une certaine portion de la glande mammaire; mais j'avais eu soin d'indiquer que les conditions particulières dans lesquelles je m'étais trouvé ne m'avaient pas permis de faire une opération régulière. L'état de la malade était extrêmement grave, l'élimination de la tumeur presque complète, et je m'étais contenté de l'achever à l'aide de quelques coups de ciseaux.

Je ne saurais d'ailleurs partager l'opinion émise par M. Verneuil sur la nécessité d'enlever la totalité de la glande mammaire. Je reconnais cependant qu'il peut arriver, quand on se contente d'emporter la portion hypertrophiée, que la maladie se reproduise sur des parties qui étaient saines au moment de l'opération; mais cette raison ne me paraît pas suffisante.

M. VERNEUIL. J'ai voulu dire seulement que dans le cas de M. Richet on aurait pu supposer que toute la glande mammaire avait été enlevée lors de la première opération ; il n'en était rien cependant, puisque j'ai trouvé derrière la deuxième tumeur enlevée une petite couche aplatie offrant tous les éléments du tissu mammaire. L'œil seul n'aurait pas suffi pour le reconnaître. L'examen microscopique était indispensable.

— M. MOREL-LAVALLÉE. Dans la dernière séance, M. Larrey a cité un exemple remarquable d'hypertrophie qu'avaient subie les trois fragments d'une rotule fracturée. Cette communication m'a donné l'idée d'examiner de nouveau la rotule de mon malade, et j'ai constaté qu'elle avait notablement augmenté de volume dans tous les sens.

Voici les dimensions comparées des deux rotules :

Mesures au ruban.

Longueur : côté sain. . . . . . 6 centimètres 2/3.
— côté malade. . . . . 7 centimètres.
Différence, 1/3 de centimètre.
Largeur : côté sain. . . . . 5 centimètres 3 millimètres.
— côté malade. . . 6 centimètres 1/2.
Différence, 1 centimètre 2 millimètres.

Mesures au compas d'épaisseur.

Longueur : côté sain. . . . . . 6 centimètres.
— côté malade. . . . . 7 centimètres.
Différence, 1 centimètre.
Largeur : côté sain. . . . . . . 8 centimètres.
— côté malade. . . . . . 9 centimètres 1/2.
Différence, 1 centimètre 1/2.

Mais c'est surtout dans le sens de la largeur et de l'épaisseur que l'accroissement s'est fait.

Quand j'ai parlé de l'appareil dont je m'étais servi, M. Huguier en a revendiqué la priorité pour Boyer et M. Valérius. Je tiens à faire remarquer qu'il n'y a aucune analogie entre ce qui existait déjà et ce que j'ai fait. Boyer employait une véritable machine qui entraînait une immobilité très-prolongée. Je me suis simplement servi de deux rubans formant une espèce de 8 de chiffre, et réunis par une bande médiane. L'appareil de M. Valérius est une machine beaucoup

plus compliquée encore que celle de Boyer, et qui n'a rien de commun avec ce que j'ai fait. Il a d'ailleurs un autre grand inconvénient, c'est de coûter au moins 50 fr.

M. BROCA. L'épaisseur de la rotule me semble très-difficile à mesurer, et je ne sais pas si les évaluations de M. Morel sont très-exactes. J'ai eu entre les mains un grand nombre de rotules qui avaient été fracturées, et qui étaient réunies soit par un cal osseux, soit par un cal fibreux ; dans aucun cas je n'ai remarqué qu'il y eût augmentation de l'épaisseur de l'os.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis heureux que M. Broca me fournisse l'occasion de dire que j'ai pris toutes les précautions pour ne pas être trompé. Pour les diamètres transverse et longitudinal, je me suis servi d'un compas d'épaisseur, et j'ai positivement constaté leur augmentation, que l'œil et les doigts reconnaissent d'ailleurs facilement. Pour l'épaisseur, j'ai employé concurremment le compas et un ruban; et ces deux modes de mensuration n'ont laissé aucun doute dans mon esprit.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy en 1858-1859, par M. Auzouy. Nancy, 1860. In-8°.

— Credé. *Bericht über die Vorgange in der Entbindungs-Schule zu Leipzig*. (Compte rendu de l'Ecole d'accouchement de Leipzig.) Leipzig, 1860. Gr. in-8°.

— M. le docteur Aug. Voisin fait hommage à la Société d'un exemplaire de son ouvrage intitulé *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin*. Paris, 1860. In-8°.

C'est une seconde édition considérablement augmentée de la thèse inaugurale de l'auteur ; thèse qui a obtenu une mention honorable au dernier concours du prix Duval.

— M. le docteur Cavasse fait don à la Société des deux premières années (1857 et 1858) de son *Annuaire général des sciences médicales*, Paris, 1858 et 1859. In-12.

— M. Joseph Jordan, chirurgien en chef de l'hôpital de Manchester, adresse à la Société deux exemplaires de son mémoire intitulé *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique*. (Renvoyé à la commission des résections sous-périostales, MM. Verneuil, Larrey, Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Béraud écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire, qui est actuellement vacante.

Kystes congénitaux du cou. — M. GIRALDÈS communique l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. Sédillot.

« Je fus consulté, en juin 1859, pour un enfant nouveau-né porteur d'une tumeur fluctuante au côté gauche de la joue et du cou. Je trouvai l'enfant trop jeune pour en entreprendre la cure, que je différai jusqu'au mois de novembre.

A cette époque (17 novembre 1859) je reçus la mère et son nourrisson à ma clinique, et l'on put constater les faits suivants :

Le petit malade, B... (Frédéric), âgé de six mois, d'une constitution assez délicate, présentait une tumeur de la grosseur d'une orange, étendue de la joue gauche à la clavicule, et du sterno-mastoïdien à la ligne médiane antérieure du cou.

Cctte tumeur était régulière, molle, remplie d'un liquide facile à déplacer et sans consistance, et n'offrait nulle part ni duretés, ni bosselures. Les parois de la collection n'étaient pas épaisses et pouvaient être saisies entre les doigts ; cependant elles n'étaient pas sensiblement transparentes, et nous les supposâmes formées par la peau, le fascia superficiel, le peaussier et une membrane propre fibro-celluleuse.

En déprimant le liquide, on arrivait aisément sur la branche horizontale de la mâchoire, sur l'os hyoïde et sur le larynx.

La tumeur, dont nous suivîmes les développements depuis la naissance, augmenta successivement et doubla certainement de volume, en conservant la même mollesse, et nous ne nous expliquâmes pas très-bien cet accroissement graduel de la collection, sans tension apparente de son enveloppe.

On diagnostiqua un kyste congénital aqueux et uniloculaire de la région cervicale gauche, et après avoir discuté la valeur des nombreux moyens de traitement conseillés dans de pareils cas : résolutifs, compression, vésicatoires, sétons, injections, incisions, excisions, extirpation, cautérisations, etc., nous fûmes d'avis de tenter la méthode des injections iodées, dont on apprécie si bien la valeur depuis l'important mémoire dc M. le professeur Velpeau.

Le 24 novembre, un coup de trocart amena une assez grande quantité de sérosité jaunâtre très-liquide. La canule de l'instrument permit de parcourir la cavité du kyste, complétement affaissé, et une injection de teinture d'iode, mélangée de moitié eau et d'un quin-

zième d'iodure potassique, fut pratiquée et laissée à demeure pendant quelques minutes dans la tumeur.

Le lendemain 25, le kyste a repris son volume primitif, mais en même temps est devenu dur et résistant. L'enfant a beaucoup gémi; la peau est d'une rougeur érysipélateuse, le tissu cellulaire subjacent est engorgé, et nous redoutons un phlegmon diffus. — Cautérisation ponctuée; embrocation d'axonge; coton en couches.

Le 26, l'érysipèle a presque entièrement disparu, mais la tension de la tumeur est là même; l'enfant respire et avale difficilement; la fièvre et l'agitation sont très-intenses, et nous nous décidons à ponctionner de nouveau le kyste et à en faire ainsi cesser une compression dangereuse. Écoulement de quelques cuillerées d'un liquide brunâtre. Soulagement et amélioration les jours suivants.

Le 1er décembre, réapparition des accidents. La tumeur a grossi et offre de la fluctuation. Une ponction n'amène qu'un peu de liquide épais et consistant. Une incision paraît urgente pour éviter la suffocation. On la pratique verticale et de haut en bas, au-dessous et un peu en dedans de la partie moyenne de la branche horizontale de la mâchoire. Une matière brunâtre, mêlée à du pus, s'écoule au dehors. — Injections aromatiques; cautérisations ponctuées. L'enfant se remet et respire plus aisément, boit avec avidité, cesse de gémir et dort plusieurs heures, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux jours.

Le 2, le tissu cellulaire sous-cutané des bords de l'incision semble frappé de gangrène, et un assez grand décollement paraît se faire au-dessous de la peau. Une suppuration abondante et un peu sanieuse est exprimée par la pression.

Le 3, l'enfant gémit continuellement et respire mal. La tumeur a augmenté de volume, surtout en bas, de sorte que la joue est libre, mais le cou beaucoup plus saillant et plus dur au-dessous du maxillaire. Le kyste s'est très-probablement séparé de sa paroi tégumentaire. Il s'est pelotonné en se retirant sur lui-même, et l'ouverture distante de l'incision de la peau s'est fermée par une sorte de dépôt fibrineux. Un stylet rougi est engagé dans la plaie et porté profondément dans l'épaisseur du kyste, d'où il s'échappe aussitôt une assez grande quantité de sérosité purulente. On revient aux cautérisations ponctuées.

A la visite du soir, la tumeur a beaucoup diminué de volume; l'enfant respire bien, prend le sein et a dormi. Le mieux fait des progrès jusqu'au 5; à ce moment, la tumeur se gonfle encore, l'écoulement du pus est arrêté, et il faut recourir au stylet rougi pour dégager

l'ouverture et donner issue à la sérosité et au pus. Aussitôt le mieux reparaît et se continue jusqu'au 7, où une nouvelle rétention des liquides ramène les mêmes accidents.

Ces alternatives se succèdent après les pansements, et lorsqu'on a exprimé la suppuration qui s'accumule entre la peau et le kyste et à l'intérieur de ce dernier, le mieux est très-sensible ; l'enfant tette et dort, mais dès que la tumeur est distendue, la respiration s'embarrasse et l'agitation et les gémissements reparaissent. Injections de vin aromatique; fomentations avec l'infusion de camomille.

Le 14, suppuration fétide, diarrhée, vomissements, suffocation. Pansements renouvelés avec plus de soin, onguent digestif, cautérisation ponctuée.

Amélioration rapide et continue jusqu'au 28. Le cou n'offre plus qu'un petit noyau d'induration de la grosseur d'une noix. On cautérise la plaie au nitrate d'argent : le porte-caustique pénètre encore assez loin.

Le 7 janvier, on croyait la guérison assurée, et la mère demandait déjà à quitter l'hôpital, lorsque la tumeur se gonfle et devient fluctuante. Gémissements, insomnie, fièvre intense, défaut d'appétit, gêne respiratoire.

Le kyste n'était pas complétement oblitéré, et une nouvelle accumulation de liquide le distend et ramène les accidents.

Nous prenons alors le parti d'appliquer sur le point le plus saillant de la tumeur une traînée de pâte de Vienne de 3 centimètres de hauteur, en laissant la première plaie en dedans. L'eschare est enlevée et remplacée quatre fois de suite à deux jours d'intervalle par une bandelette de pâte de Canquoin.

Toute la paroi antérieure du kyste se trouve ainsi largement détruite, et, à partir de ce moment, les plaies se ferment ; l'enfant se fortifie à vue d'œil et il quitte l'hôpital le 29 janvier parfaitement guéri. Toute trace de tumeur a disparu et les doigts en retrouvent à peine quelques vestiges, sous forme d'une légère induration.

Cette observation d'un kyste congénital du cou, uniloculaire, séreux et des plus simples, offre l'exemple curieux d'une série d'accidents dont les causes chaque fois reconnues ont été combattues avec succès.

L'injection iodée provoque un érysipèle phlegmoneux, la distension et l'inflammation des parois de la tumeur. La ponction, l'incision et les cautérisations ponctuées en triomphent. Les parois superficielles de la collection se séparent de la peau, s'affaissent, et il faut veiller

avec soin à l'écoulement du pus, dont la rétention produit une suffocation imminente. Le kyste, dont les surfaces internes n'ont pas contracté d'adhérences, se remplit, et exige l'introduction répétée d'un stylet rougi pour maintenir la libre issue des liquides. La guérison semble s'opérer, mais la tumeur, dont l'ouverture est presque fermée, se gonfle de nouveau et ramène la suffocation, la difficulté d'avaler, la fièvre, l'insomnie et la douleur. Cette fois on traverse largement la peau et l'enveloppe du kyste en les détruisant avec la pâte de Vienne et des applications réitérées de pâte de Canquoin, et à partir de ce moment les complications disparaissent et l'enfant se rétablit parfaitement, sans conserver de traces apparentes de sa tumeur.

Ne devons-nous pas en conclure que l'ouverture du kyste par les caustiques était préférable? Les injections iodées dans une région si mobile ne nous ont pas souvent réussi, et nous recourons ordinairement à de larges ouvertures par les pâtes de Vienne et de Canquoin. On évite les hémorrhagies, les inflammations de mauvaise nature, les résorptions, et l'on fait suppurer sans danger les parois intérieures de la tumeur. Reste une cicatrice, et on aurait encore la ressource de l'enlever plus tard. »

M. BOINET. Je me permettrai de faire remarquer que, dans l'observation qui vient de nous être communiquée de la part de M. Sédillot, les injections iodées ne me semblent pas avoir été faites avec toutes les précautions qu'elles exigent. Il aurait fallu commencer par une ponction destinée simplement à évacuer le liquide et attendre pour injecter que le kyste fût revenu sur lui-même et offrît une capacité beaucoup moins grande.

Quant à l'érysipèle, je ne crois pas qu'on soit autorisé à le mettre sur le compte des injections iodées. Il doit être bien plutôt attribué, selon moi, aux cautérisations qui ont été faites vingt-quatre heures après. On s'est évidemment beaucoup trop pressé.

M. GIRALDÈS. Je veux bien admettre que les injections n'ont pas été faites selon toutes les règles, mais je ne sais pas jusqu'à quel point les autres objections de M. Boinet sont fondées. M. Sédillot est un chirurgien trop expérimenté pour ne pas admettre que, puisqu'il a agi, c'est qu'il y avait réellement urgence.

On ne saurait arguer pour ce cas de ce qu'on observe dans l'hydrocèle. Ici, malgré un gonflement énorme, on peut attendre; mais au cou, et avec un enfant de cet âge, on comprend des indications d'une nature spéciale, et l'habileté de notre collègue de Strasbourg est trop connue pour qu'on ne doive pas lui accorder une confiance entière.

M. BOINET. Je n'ai pas eu l'intention de blâmer la conduite de M. Sédillot. J'ai supposé aussi que des indications spéciales avaient dû se présenter dans ce cas, et qu'en particulier il devait y avoir eu des menaces de suffocation. J'ai voulu dire seulement qu'en général il ne fallait pas se hâter d'intervenir.

M. VELPEAU. Comme mes collègues, je reconnais la grande expérience de M. Sédillot. Cependant je regrette que le commencement de l'observation ne soit pas suffisamment explicite. Les caractères de l'érysipèle phlegmoneux ne sont pas suffisamment décrits pour qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit. Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours facile au début. Puis je me demande si la cautérisation ponctuée était de nature à calmer la violente inflammation qui s'était produite. Plus tard on a pratiqué des incisions, alors que du pus existait déjà, circonstance qui n'est pas indifférente, comme on le sait.

Les chirurgiens s'effrayent souvent trop vite de l'inflammation qui succède aux injections iodées. C'est ce qui nous est arrivé à Bonnet et à moi, à propos des injections pratiquées dans l'articulation du genou. Dans le principe notre collègue de Lyon s'est hâté de recourir aux sangsues ; mais bientôt nous avons reconnu que tout cela était inutile et que ces inflammations ne tardaient pas à se dissiper. Mais il faut savoir que la résolution ne marche pas toujours avec rapidité. Le gonflement inflammatoire peut persister pendant vingt, vingt-cinq jours, et même davantage, et la guérison n'en est pas moins obtenue. Il ne faut pas trop s'effrayer non plus de l'intensité de l'inflammation.

En résumé, je dirai que l'existence d'un érysipèle phlegmoneux n'est pas suffisamment démontrée dans l'observation de M. Sédillot, et que les cautérisations et injections qui ont été faites ne peuvent se justifier que par la nécessité dans laquelle s'est sans doute trouvé le chirurgien en présence d'accidents graves de suffocation.

M. DÉSORMEAUX. M. Sédillot a eu sans doute de très-bonnes raisons pour faire ce qu'il a fait. Je veux ajouter seulement que les ponctions pratiquées dans les tumeurs après les injections iodées sont une mauvaise chose, et cela est assez généralement admis. Pour mon compte j'en ai fait l'expérience à propos de l'hydrocèle. Dans l'espoir de rendre la guérison plus prompte en faisant sortir une partie du liquide épanché à la suite d'une injection iodée, j'ai fait quelques jours après une ponction dans la tumeur ; mais cette intervention fâcheuse a donné lieu à une inflammation phlegmoneuse des plus violentes qui

a nécessité de larges incisions, et la guérison de mon malade, au lieu d'être avancée, a été de beaucoup reculée.

M. GIRALDÈS. Il ne me paraît pas facile de décider si c'est l'injection iodée ou la ponction secondaire du kyste qui a produit l'inflammation suppurative. Mais il ne faut pas oublier que la pathologie des enfants ne ressemble pas à celle des adultes. Chez les premiers, en effet, les inflammations ont une marche très-rapide, le pus se forme avec une grande facilité, et certaines dispositions de la région cervicale expliquent la production fréquente de la gangrène. Il est probable qu'il y a eu menace sérieuse de suffocation, et qu'il a fallu se hâter d'intervenir pour éloigner un danger imminent. Ce qu'il y a de plus sage pour un cas que nous n'avons pas eu sous les yeux, c'est de supposer que ce qu'a fait M. Sédillot a été bien fait.

M. CHASSAIGNAC. M. Velpeau a eu raison de dire que, si on n'était pas prévenu, on serait quelquefois effrayé par la violence des inflammations produites par les injections iodées. Toutefois, il est une distinction qui me paraît devoir être établie. Quand on injecte de l'iode dans une cavité qui contient déjà du pus, il ne faut pas trop tarder à l'ouvrir quand une vive inflammation survient; mais, quand on l'injecte dans une cavité non purulente, on doit attendre en toute sécurité. J'ai très-souvent fait pénétrer de l'iode dans l'articulation du genou, et je n'ai jamais eu à constater d'accidents, si ce n'est dans un cas où cette cavité contenait déjà un liquide purulent. Des accidents formidables survinrent, et le malade succomba.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT. Dans le courant du mois de novembre dernier, j'ai montré un enfant de treize à quatorze ans qui portait plusieurs tumeurs, et une en particulier qui existait à la partie latérale et postérieure du crâne; j'ai enlevé cette tumeur le 15 décembre avec l'écraseur de M. Chassaignac, et la Société a pu constater qu'elle était surtout formée par une hypertrophie considérable des nerfs, de la peau et des parties voisines, et qu'elle avait une analogie complète avec celle dont avait parlé M. Depaul.

Je désire que mes collègues constatent aujourd'hui le résultat de l'opération. La cicatrice est complète. Mais tout ce qui était malade n'a pu être enlevé, et je me demande si on ne peut pas trouver dans ce résultat incomplet un argument contre l'écraseur.

M. CHASSAIGNAC. Avant de tirer des conclusions, il faut bien interpréter le fait. Une partie de la tumeur est restée, parce qu'elle n'a

pas été complétement pédiculisée. Tel qu'il est, le résultat est encore excellent; plus des deux tiers de la tumeur ont été enlevés, et on pourrait recommencer si on voulait. Cependant, si l'état actuel demeure stationnaire, je pense qu'on peut s'en dispenser.

— M. GUERSANT. Le second malade que je présente est un enfant de quarante-deux jours, né avec un bec-de-lièvre double très-compliqué. La division de la voûte palatine et du voile du palais est des plus complètes ; mais, en outre, la division qui intéresse la lèvre supérieure de chaque côté se prolonge en haut, et comprend la joue et la paupière inférieure, qui est séparée en deux, de manière à laisser l'œil à découvert. Quoique artificiellement nourri, cet enfant se développe bien, et se trouve dans un état assez satisfaisant.

M. BROCA. Ce cas me paraît très-intéressant ; je ne sache pas qu'on ait jamais vu dans la variété de bec-de-lièvre connue sous le nom de gueule-de-loup les divisions de la lèvre s'étendre au point de comprendre les paupières. Je crois qu'il serait utile d'en publier un dessin bien fait.

M. GOSSELIN. J'ai eu occasion de voir cet enfant à la consultation de l'hôpital Beaujon. La crainte de lui voir perdre les yeux me fit penser qu'il serait indispensable de lui faire une opération, et je crois encore qu'il est indiqué de tenter la réunion de la lèvre et de la paupière d'un côté d'abord, en se réservant d'agir un peu plus tard du côté opposé.

M. DÉSORMEAUX. Les conditions sont très-favorables pour le succès de l'opération, mais je pense qu'il faut se hâter de la pratiquer, si on veut préserver les cornées d'altérations graves qui ne tarderont pas à se produire. En ce moment encore, les diverses parties du squelette qui composent la face jouissent d'une assez grande mobilité, et cette circonstance favorisera certainement la réunion.

M GIRALDÈS partage le même avis. Il propose de commencer par réunir la division du côté gauche, et il ne doute pas qu'on n'obtienne un très-beau résultat.

M. CHASSAIGNAC, de son côté, ne comprend pas les hésitations de M. Guersant. Le moindre effort ramène les bords de la division au contact ; l'opération sera facile, et donnera un résultat très-satisfaisant. L'âge, ainsi que les faits l'ont déjà prouvé un grand nombre de fois, n'est pas un obstacle. D'ailleurs, ici, il est urgent d'intervenir, car si on attend encore, cet enfant perdra la vue.

M. GUERSANT. Je suis d'un avis tout à fait opposé à celui de mes collègues ; je pense qu'il n'y a rien à faire pour le moment. J'ai la

conviction que plus les complications sont grandes dans les becs-de-lièvre, et plus il convient d'attendre que les enfants aient acquis un certain développement avant de les opérer. Les faits connus sont loin d'être encourageants. D'ailleurs, ici, l'enfant n'a pas de nourrice, et je regarde cette circonstance comme pouvant nuire au succès.

M. GIRALDÈS. Je ne pense pas que cette dernière raison soit un obstacle ; on peut donner une nourrice, et opérer après. M. Guersant a parlé des faits cités par les auteurs, et il n'a pas trouvé que les résultats fussent encourageants. Il y a eu cependant des opérations qui ont été suivies de succès. Ici, d'ailleurs, c'est la conservation des yeux qui domine toute la question.

M. DEPAUL. Je ne saurais admettre les raisons alléguées par M. Guersant pour reculer l'opération. La question de la nourrice ne peut pas être mise en ligne de compte. Tel qu'il est, cet enfant est incapable de teter, et si notre collègue s'arrête devant cette difficulté, on peut dire qu'il ne l'opérera jamais.

Quant aux cas nombreux d'insuccès attribués aux auteurs, je pense que M. Guersant commet une erreur. Je crois qu'il serait bien embarrassé de nous montrer une statistique un peu rigoureuse à cet égard. Il confond évidemment des opinions théoriques qui se sont propagées de génération en génération, avec des observations rigoureuses qui n'existaient pas jusqu'à ces dernières années. Aujourd'hui on sait très-positivement que le jeune âge, loin d'être un obstacle, est une condition favorable. Des succès nombreux ont été obtenus dans des cas de becs-de-lièvre compliqués. Enfin, je répéterai avec presque tous mes collègues que dans l'espèce il y a une indication urgente à remplir, qui consiste à réunir les paupières pour soustraire les yeux aux conséquences du contact permanent de l'air.

M. GUERSANT. Je n'ai qu'une chose à répondre, c'est que j'ai toujours échoué quand j'ai opéré dans les cas compliqués.

M. VELPEAU, interpellé, déclare que dans le cas particulier soumis par M. Guersant, il n'opérerait pas.

MM. DÉSORMEAUX et CHASSAIGNAC insistent de nouveau sur la nécessité de l'opération. Ce dernier ajoute que, pour réussir, il faudra détruire largement les adhérences des bords de la solution de continuité. C'est surtout à ce détail opératoire qu'il attribue les succès qu'il a obtenus, et dont quelques-uns ont pu être constatés par les membres de la Société.

M. GUERSANT répond qu'il a suivi ce précepte, ce qui ne l'a pas empêché d'échouer.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 29 février 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LABORIE demande la parole à l'occasion du procès verbal. Depuis la dernière séance, dit-il, j'ai examiné avec soin le malade qui nous a été présenté comme offrant un exemple de fracture de la rotule consolidée par un cal osseux, et j'ai constaté, comme l'avait annoncé M. Morel, une augmentation notable dans l'épaisseur de l'os. Cette épaisseur est de 2 centimètres, tandis que du côté opposé elle n'a que 11 millimètres.

Voici comment j'ai procédé dans cette mensuration comparative. J'ai fait pénétrer horizontalement une épingle au niveau de la face postérieure des deux rotules. Puis, plaçant une tige droite sur la face antérieure de ces deux os, j'ai mesuré sur les parties latérales l'espace compris entre l'épingle et la tige, et j'ai pu apprécier la différence signalée plus haut.

M. LARREY. Le cas de fracture de rotule avec trois fragments que j'ai cité, a été mis par moi sous les yeux de la Société le 19 septembre 1855. J'ai revu la pièce depuis la dernière séance, et je me suis assuré que chacun des fragments avait bien le volume d'une rotule ordinaire.

M. MOREL. Je remercie M. Laborie du soin minutieux avec lequel il a bien voulu examiner mon malade. Je suis heureux surtout de voir mon allégation confirmée par lui. Les faits contraires, cités par M. Broca, perdent de leur valeur, parce que notre collègue n'a pu faire l'examen comparatif des deux rotules sur le même individu.

M. GUERSANT. A l'occasion du procès-verbal, je désire poser nettement mon opinion sur les opérations de bec-de-lièvre.

Dans les becs-de-lièvre simples ou doubles, aucun inconvénient d'opérer peu de jours après la naissance, et mieux encore au bout

d'un mois environ, parce que, à cette époque, on est plus certain de la force et de la vitalité de l'enfant.

Dans les becs-de-lièvre compliqués, et notamment dans celui que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société, danger à opérer trop tôt, parce qu'on fait une opération plus laborieuse, et même plusieurs opérations laborieuses; de plus, l'enfant qui les subit est moins disposé à les supporter, parce qu'il est moins fort. Dans les opérations de becs-de-lièvre compliqués, il faut que l'enfant prouve déjà plusieurs mois de suite qu'il est vivace et bien disposé à se nourrir, sans cela il peut mourir des suites mêmes de l'opération, soit de convulsions, soit parce qu'il se nourrit mal; aussi la condition d'une nourrice me paraît-elle très-importante; il faut au moins la certitude que l'enfant se nourrit bien artificiellement.

Je suis donc par ces raisons, fondées sur plusieurs faits, disposé, non pas à rejeter les opérations de becs-de-lièvre compliqués à plusieurs années, mais au moins à un an ou dix-huit mois; on se met alors dans de meilleures conditions; c'est là de la prudence et non de la timidité; tandis qu'opérer trop tôt, c'est de la témérité.

M. CHASSAIGNAC. Pour opérer les becs-de-lièvre compliqués, M. Guersant veut qu'on attende que les enfants soient devenus plus forts; mais il ne faut pas oublier que loin de se développer, ces enfants, en général, dépérissent et ne tardent pas à succomber. Cela dépend souvent de ce que, dans les familles, ils inspirent une sorte d'horreur, qu'on les croit voués à une mort certaine, et qu'on les néglige beaucoup. Quant à moi, je suis très-convaincu qu'ils offrent dès la naissance toute la résistance nécessaire. C'est surtout l'opposition faite depuis longtemps par notre collègue qui a détourné les chirurgiens de ces opérations faites dans les premiers jours qui suivent la naissance. Je déclare que je suis de ceux qui ont subi cette influence. Mais depuis quelques années, j'ai passé outre; j'ai opéré, et j'ai réussi. Je suis persuadé que les insuccès de M. Guersant tiennent à ce qu'il n'a pas suffisamment décollé les lambeaux, surtout du côté de l'apophyse montante.

Dans une question pareille, les impressions *à priori* ne sont rien, ce sont des faits qu'il faut produire. Pour ma part, j'ai montré des exemples de succès, et il y en a beaucoup d'autres que les miens. Il est fâcheux que M. Guersant s'obstine à conserver son opinion première.

M. GUERSANT répond qu'il persiste, parce qu'il n'a jamais réussi depuis qu'il est à l'hôpital des Enfants. Il a cependant largement dis-

séqué les lambeaux suivant le précepte de Dupuytren. Mais les cris des enfants qui poussent avec la langue engagée dans la fente du maxillaire, ont fait échouer toutes ses tentatives.

Quant à lui, il n'a jamais négligé de placer les nouveau-nés atteints de bec-de-lièvre dans les meilleures conditions. Le bon état dans lequel se trouve la petite fille présentée par lui en est une preuve. Il l'opérera quand elle aura onze mois ou un an. Cependant il a proposé à M. Désormeaux, qui a à peu près accepté, de s'en charger. On verra le résultat ; mais pour son compte il redoute un insuccès.

M. CLOQUET, prié de donner son avis, émet l'opinion qu'il faut attendre que cette petite fille ait atteint un an ou quinze mois.

M. GIRALDÈS. C'est à Franco et non à Dupuytren qu'il faut rapporter le précepte des larges décollements. Quand on opère avec répugnance, il arrive qu'à son insu on ne se place pas dans les conditions nécessaires au succès. Il me paraît probable que c'est le cas de M. Guersant. La véritable question est celle-ci :

Les opérations pratiquées de bonne heure ont-elles des avantages ? Ces avantages l'emportent-ils sur les inconvénients ?

La conviction en chirurgie doit se former non avec l'opinion d'un seul, mais avec celle du plus grand nombre. Les opérations suivies de succès dans les cas de bec-de-lièvre compliqué sont déjà nombreuses dans la science. L'une des raisons alléguées par M. Guersant, c'est qu'il craint les convulsions et le défaut de force. Mais à un an les accidents nerveux seront bien plus à redouter, car à ce moment l'enfant, qui a beaucoup plus de connaissance, cherchera à se défendre et opposera plus de résistance. D'un autre côté le squelette de la face, en se développant, augmentera les difficultés ; mais, dites-vous, la petite fille se nourrit bien, elle se développe, et par conséquent on peut attendre ! Cet argument que vous invoquez parle contre vous : elle se nourrira beaucoup mieux encore quand vous aurez réuni les divisions labiales. La peau que vous trouvez trop mince ne cédera pas si vous avez soin de décoller suffisamment.

M. BROCA. La Société a déjà eu occasion de s'occuper de la question du bec-de-lièvre d'une manière générale ; mais je ferai remarquer que le nouveau cas présenté par M. Guersant offre des conditions spéciales. La division des paupières commande impérieusement qu'on agisse, et toutes les répugnances de M. Guersant doivent disparaître devant cette exigence. La solution de continuité existe sans perte de substance, de telle sorte que le plus léger effort suffira pour en rapprocher les bords. L'une des craintes exprimées par notre col-

lègue ne saurait exister ici. La présence d'un lobule médian volumineux tiendra la langue forcément éloignée des parties réunies.

La rareté d'un pareil vice de conformation nous engage à le reproduire ici.



M. DEPAUL. Je ne veux pas revenir sur plusieurs arguments qui ont déjà été mis en avant soit par moi, soit par d'autres membres de la Société. Je dirai seulement qu'en fixant à onze mois ou un an le moment de l'opération, M. Guersant me paraît bien mal choisir son temps. L'époque qu'il assigne est celle où les convulsions sont beaucoup à redouter, précisément parce que les enfants sont en pleine dentition.

D'un autre côté, il se fait une fausse idée de la force de résistance des enfants nouveau-nés. Ils sont très-aptes à bien supporter les opérations de cette nature. La réunion des plaies se fait chez eux avec une facilité merveilleuse, et on peut dire qu'elle est d'autant plus

prompte qu'ils sont plus jeunes. J'ai enlevé le jour même ou le lendemain de la naissance des doigts surnuméraires et des tumeurs situées sur divers points du corps, et je n'ai eu à m'étonner que d'une chose, c'est de la promptitude avec laquelle les réunions par première intention étaient obtenues.

Je me permettrai de soumettre à M. Guersant une dernière réflexion. Il refuse d'intervenir pour sa petite malade, parce qu'une opération lui paraît dangereuse, et cependant il convie l'un de ses collègues à venir l'opérer dans son service. Il y a quelque chose d'étrange dans une conviction qui permet d'entreprendre ce qu'on juge mauvais. Personne ne saura mieux opérer que M. Guersant. Le cas est dans son service; seul il est bien placé pour exercer une surveillance suffisante et assurer le succès.

M. VERNEUIL. Loin d'être très-compliqué, le bec-de-lièvre que nous a fait voir M. Guersant est, à mon avis, le type de la simplification au point de vue chirurgical. En effet, les trois pièces osseuses sont sur le même plan. Les bords de la solution de continuité sont très-peu écartés, et, pour les réunir, il ne sera pas nécessaire d'opérer des décollements. Je donnerai la préférence à la suture avec les fils métalliques.

L'opinion de Dieffenbach sur l'opportunité de l'opération dans les cas de bec-de-lièvre compliqué mérite considération. Pendant les premières années de sa carrière chirurgicale, il crut ne pas devoir intervenir; mais il constata que presque tous les enfants pour lesquels il n'avait rien fait étaient morts avant la fin de la première année. Plus tard, il se décida à opérer peu de temps après la naissance, et il sauva beaucoup de ses jeunes malades.

D'un autre côté, la plupart des chirurgiens allemands sont aussi pour l'opération pratiquée dans les premiers jours de la vie.

M. GUERSANT. J'ai été trop constamment malheureux dans les opérations que j'ai faites dans les premiers jours qui suivent la naissance pour recommencer avant l'âge de quinze mois ou un an. J'ai eu recours à tous les modes de suture, j'ai employé des pince-nez dans l'espoir d'assurer la réunion, le résultat a été le même.

M. GIRALDÈS. Comme M. Depaul, je pense qu'en attendant jusqu'à l'âge de onze mois ou un an pour opérer, on choisit le plus mauvais moment, car c'est celui de la dentition.

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'aux termes du règlement il y a lieu de nommer une commission qui sera chargée de faire un rapport

sur les titres des candidats qui se sont présentés pour la place déclarée vacante au sein de la Société de chirurgie.

Sont nommés au scrutin membres de cette commission : MM. Larrey, Broca et Gosselin.

CORRESPONDANCE.

M. Titus Deville, professeur d'anatomie à Chicago, adresse à la Société le numéro du *Chicago medical Examiner* où il a publié son mémoire sur l'extirpation de la glande parotide.

— M. le docteur Patry, de Sainte-Maure (Indre-et-Loire), adresse à la Société un mémoire intitulé *Absence complète du vagin avec présence de la matrice. Double opération. Guérison.* (Commissaires : MM. Verneuil, Huguier, Giraldès.)

— M. LEGOUEST, à propos de la discussion qui a eu lieu récemment dans la Société sur le diagnostic des contractures musculaires réelles et simulées, communique la lettre suivante de M. le docteur Champouillon, professeur au Val-de-Grâce :

« J'ai lu, avec l'intérêt que j'y trouve toujours, le compte rendu des deux dernières séances de la Société de chirurgie. Il y est fait mention des contractures musculaires et du choix des moyens propres à distinguer celles qui sont réelles de celles qui sont simulées. La discussion qui s'est engagée à ce propos m'a paru toucher à plusieurs points de cette question sans les résoudre d'une manière définitive.

La Société ignore peut-être combien il serait utile aux médecins opérant soit dans les hôpitaux, soit devant les conseils de révision, d'avoir à leur disposition un procédé quelconque qui leur permît de distinguer avec certitude la réalité de l'imposture. Car, s'il est vrai qu'avec le chloroforme on triomphe des contractures morbides, comment l'expert osera-t-il affirmer que toutes celles qu'il résout à l'aide de cet agent n'étaient que feintes ? Voilà, en effet, ce que l'on a cru jusqu'à présent.

Je n'ose espérer qu'à ma sollicitation la Société consentirait à remettre ce sujet en discussion ; mais qu'elle veuille bien me permettre, s'il doit jamais reparaître dans son ordre du jour, de lui dire comment j'opère depuis vingt ans dans les expertises de ce genre.

Pour les cas de contracture ancienne, avec altération des muscles, il suffit aux nécessités du diagnostic de constater la nature et les limites de la lésion ; tout autre moyen de vérification devient alors superflu.

La contracture symptomatique d'une maladie des centres nerveux

se reconnaît aisément à l'inspection des autres signes qui se rattachent à cette maladie et la caractérisent.

La contracture qui dépend d'une névrose, d'une paralysie ou d'un état rhumatismal, plus obscure dans ses causes, est pour cela même fréquemment exploitée par les simulateurs, et devient pour l'expert un objet de perplexité.

Devant les conseils de révision, où il faut se prononcer promptement, je fais placer le sujet dans une attitude qui varie avec le siége de l'infirmité, et dont la permanence finit par amener une extension d'abord partielle puis complète du membre. J'ai souvent employé avec succès le procédé conseillé par M. le baron Larrey : il réussit en vertu de la loi des synergies. Enfin, je me borne quelquefois aux épreuves de surprise, c'est-à-dire, à provoquer ce que l'on nomme depuis quelques jours une *miolèthe*.

Dans les hôpitaux, où l'on peut agir à loisir, je recours en outre à la compression du membre, de manière à rendre impossible toute contraction musculaire. En plongeant l'individu dans l'ivresse ou dans un sommeil profond, il m'a toujours été facile de démasquer la fourberie chez les simulateurs.

Je n'ai jamais osé tenter la résolution par le chloroforme, et d'ailleurs je n'ai jamais été réduit à cette périlleuse nécessité.

Tels sont les moyens de vérification que j'emploie dans les cas de contracture suspecte, et sur lesquels je m'estimerais heureux d'avoir appelé l'attention de la Société. »

LECTURE.

M. LE DOCTEUR BAUCHET lit une note sur une tumeur particulière de la cuisse.

Il montre ensuite la pièce d'anatomie pathologique qui s'y rapporte.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Legouest et Désormeaux.

COMMUNICATION.

M. COULON, interne de M. Marjolin, à l'hôpital Sainte-Eugénie, communique une observation intitulée *Pneumocèle congénital à la partie latérale droite du sternum*. Le jeune malade est en même temps soumis à l'examen des membres de la Société. Une commission, composée de MM. Morel, Houel et Giraldès, est chargée de faire un rapport sur ce cas intéressant.

M. LEGOUEST fait remarquer qu'on a tort de s'étonner de ce que à l'auscultation on n'entend pas les mêmes bruits qu'on perçoit dans la véritable hernie du poumon. La raison en est bien simple cependant; c'est qu'ici c'est la paroi thoracique qui manque, et la tumeur n'a pas un pédicule comme dans la hernie pulmonaire.

M. MARJOLIN. Je crois que le nom de hernie congénitale du poumon convient à l'état pathologique que nous avons sous les yeux; c'est le poumon qui sort de la cavité thoracique et qui forme une tumeur que je serais fort embarrassé de dénommer d'une autre façon.

M. LEGOUEST. Je ne suis nullement de cet avis. Cette saillie passagère du poumon ne constitue pas plus une hernie, que les battements du cerveau à travers les fontanelles du nouveau-né.

M. MOREL. Les observations que vient de présenter M. Legouest sont parfaitement justes, au point de vue physiologique et des résultats fournis par l'auscultation, et cependant c'est sous le nom de hernie du poumon qu'il faut inscrire un pareil état.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade atteint d'une luxation scapulo-humérale en bas et en dedans du côté gauche, avec paralysie complète du membre correspondant. Voici l'observation de ce malade, qui sera représenté après la réduction de la luxation.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est couché au nº 56 du 1er pavillon de l'hôpital Beaujon. C'est un maçon âgé de cinquante-six ans.

Le 3 janvier, cet homme, en rentrant chez lui, fit une chute du haut d'un escalier de pierre de trois marches. Le pied lui manqua en refermant une porte; il tomba à la renverse, la tête en bas, sur le côté gauche. L'épaule de ce côté porta tout entière, elle heurta violemment le sol. Il resta sur la place sans connaissance. Reporté chez lui, il accusa dès ce moment une douleur vive dans l'épaule gauche; tout mouvement du membre de ce côté était impossible. Pendant la nuit, son avant-bras se tuméfia et rougit. Le lendemain, il se rendit à une consultation d'hôpital; on n'examina que son avant-bras: on lui prescrivit des applications de cataplasmes et des compresses d'eau blanche. Rentré chez lui, il suivit ce traitement pendant deux jours, souffrant toujours beaucoup et ne pouvant faire exécuter à son membre aucun mouvement. N'éprouvant aucun soulagement, il fit venir un médecin, qui lui déclara qu'il avait une luxation de l'épaule. Celui-ci, sans lui découvrir la partie malade, fit exécuter à son membre,

dit-il, quelques mouvements de rotation, pendant lesquels il sentit dans l'épaule un craquement accompagné d'une vive douleur. A partir de ce moment, il se sentit un peu soulagé. Ce médecin lui prescrivit sur le bras et l'avant-bras des frictions avec une pommade ; en même temps, il lui fit faire chaque jour des tractions sur le membre. Aucun bandage ne fut appliqué. Cependant aucune amélioration ne se fit sentir ; des douleurs toujours assez vives dans l'épaule et l'avant-bras tourmentaient sans cesse le malade ; tout mouvement était impossible ; il était obligé de tenir constamment son bras en écharpe. Il resta dans le même état jusqu'au 20 février, jour où il entra à Beaujon, dans le service de M. Huguier.

A son entrée, on constate l'état suivant :

L'épaule gauche du malade offre une conformation singulière et tout à fait caractéristique ; il semble qu'elle ait été déprimée fortement de dehors en dedans, pendant qu'elle aurait subi une élongation dans son sens vertical. Considérablement aplatie en dehors, au point que la saillie normale du deltoïde est remplacée par une légère concavité, elle est surmontée en haut par une saillie très-marquée, qu'on reconnaît être formée par l'apophyse coracoïde et l'épine de l'omoplate qui repoussent la peau qu'elles tendent fortement ; ces deux saillies osseuses sont portées en haut et en dedans. Le scapulum tout entier semble avoir été entraîné avec force de bas en haut et de dehors en dedans. La paroi antérieure de l'aisselle est allongée dans son sens vertical ; sa hauteur, comparée avec celle du côté sain, dépasse cette dernière d'un centimètre et demi. Au-dessous de la saillie formée par la voûte acromio-coracoïdienne, le doigt peut déprimer facilement le deltoïde et sentir une dépression là où devrait se trouver normalement la tête de l'humérus. Le creux sous-claviculaire est conservé ; seulement, au-dessous de ce creux, la paroi antérieure de l'aisselle est légèrement bombée. Le doigt sent dans ce point une tumeur dure, arrondie, qui repousse en avant le tendon du grand pectoral, tumeur que les doigts enfoncés dans l'aisselle sentent profondément, tumeur à laquelle se communiquent les mouvements qu'on imprime au bras : c'est évidemment la tête de l'humérus.

Le bras, abandonné à lui-même, est écarté du tronc ; son axe, au lieu d'aboutir, comme dans l'état normal, à la cavité glénoïde, se dirige suivant une ligne oblique en haut et en dedans et allant se terminer au-dessous de cette cavité, et en dedans et en avant d'elle et au niveau du point où nous avons senti une tumeur osseuse à travers la paroi antérieure de l'aisselle. Le bras paraît, à première vue, beau-

coup plus long du côté malade que du côté sain ; cette élongation est d'ailleurs plus apparente que réelle, elle est de 2 centimètres 1/2.

Le bras est légèrement tuméfié ; il va en s'élargissant de haut en bas, de telle sorte que le coude est notablement plus large que de l'autre côté. L'avant-bras est aussi tuméfié ; il est tourné dans la rotation en dedans, il est demi-fléchi sur le bras. La main est dans la pronation ; les doigts sont à demi fermés. Tout mouvement actif est impossible dans le membre tout entier. En vain le malade veut mouvoir son bras ; s'il parvient à lui imprimer quelques mouvements, on reconnaît qu'ils sont communiqués par l'épaule, qui, en se mouvant, entraîne le membre avec elle. Les mouvements passifs sont possibles, mais douloureux. Le coude ne peut être complétement rapproché du corps. Il est aussi impossible de porter un peu loin l'abduction ; on se sent bientôt arrêté par un obstacle invincible. L'avant-bras ne peut être tout à fait étendu sur le bras qu'avec peine ; les muscles fléchisseurs, tendus comme des cordes, s'opposent à ce mouvement. Tout effort pour ramener l'avant-bras dans la supination est très-douloureux.

Ainsi le membre tout entier est complétement paralysé du mouvement ; abandonné à lui-même, il retombe sans force le long du corps, et le malade est obligé de soutenir son avant-bras gauche avec la main du côté sain.

Le malade dit éprouver par moments quelques élancements passagers dans l'épaule ; il ressent aussi des fourmillements, des picotements dans l'avant-bras, et surtout dans les doigts. Pour les faire cesser, il étend ceux-ci avec la main du côté sain ; mais bientôt on les voit se fléchir de nouveau d'eux-mêmes.

La sensibilité est conservée dans tout le membre.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 7 mars 1860.

Présidence de M MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT fait savoir que M. Houzelot, notre correspondant à Meaux, a fait venir un malade atteint d'une affection dont le diagnostic lui paraît difficile, avec prière à la Société de lui transmettre

son avis. N'ayant pu l'accompagner lui-même, il a fait parvenir la note suivante.

« **Testicule droit hypertrophié à l'anneau. — Hernie épiploïque du même côté. — Absence du testicule gauche dans le scrotum.** — J'ai vu, il y a trois semaines environ, le malade pour la première fois ; il arrivait d'une des pensions de Paris, où il avait reçu des soins pour l'accident qui le ramenait dans sa famille ; des renseignements peu positifs que j'ai pu obtenir du jeune homme et de sa famille sur ce qui s'était alors passé, je me crois en droit de conclure que depuis quelque temps seulement le malade avait son testicule droit à l'anneau sans douleur ni gêne, partant, sans s'en préoccuper ; une hernie se produisit subitement, amena des douleurs, mais sans s'étrangler : on voulut réduire. Eut-on conscience de la présence du testicule à l'anneau ? Put-on, en connaissance de cause, réduire à la fois la hernie et le testicule ? Je ne saurais le dire ; toujours est-il qu'on appliqua un bandage, qui, n'ayant pu être supporté, fut enlevé ; la hernie se reproduisit, de nouvelles tentatives de réduction eurent lieu, mais sans succès ; l'enfant revint dans sa famille à Meaux ; je le vis alors.

Tumeur volumineuse remplissant l'aine droite et remontant le long de la crête iliaque, constituée par des organes différents ; en effet, tout à fait dans l'aine et un peu dans l'anneau existe un corps dur, allongé, douloureux : c'est le testicule immobile, adhérent pour ainsi dire ; en haut, la tumeur est molle, compressible ; elle se réduit en partie, mais se reproduit ; taxis douloureux.

Malgré ce que les renseignements fournis ont de vague et de peu précis, le diagnostic n'est pas douteux : testicule à l'anneau, orchite traumatique probablement ; hernie inguinale épiploïque, selon toute apparence ; pas de phénomènes d'étranglement ; état inflammatoire de toutes les parties constituant la tumeur. — Bains, cataplasmes, lavements, régime.

Aujourd'hui, presque toute la hernie est rentrée ; elle ne consiste plus qu'en une petite tumeur globuleuse un peu dure, c'est de l'épiploon probablement, qui se réduit facilement, pour se reproduire, car le testicule, volumineux, s'oppose à la contention : c'est cette complication qui constitue toute la gravité du cas ; l'état général du malade, au reste, est très-bon.

Depuis que la tumeur a été ramenée à l'état actuel, j'ai cherché par deux applications de sangsues en petit nombre, à plusieurs jours

de distance, à réduire le volume du testicule, mais sans succès : immobile au pli de l'aine, fusiforme, doublé presque de volume, le testicule engagé par une de ses extrémités dans l'anneau, qu'il n'obture pas complétement, laisse échapper l'intestin.

Que faire ? Comment maintenir la hernie ? Si celle-ci n'existait pas, on pourrait peut-être laisser les choses en état, mais d'un moment à l'autre elle peut, elle doit même amener de nouveaux accidents. Quels moyens de les prévenir ?

L'état actuel ne constitue-t-il pas pour l'avenir un danger réel, contre lequel il est bon de prémunir la famille ? Une opération grave ne peut-elle pas devenir ultérieurement nécessaire ?

Je ne dois pas omettre de dire, singulier rapprochement en l'espèce, que chez le père du malade les deux testicules étaient restés dans le ventre jusqu'à quatorze ans ; qu'à cette époque, spontanément, sans effort, ils étaient subitement descendus dans le scrotum, avec douleur sans doute, mais qui n'avait été qu'instantanée. »

M. GOSSELIN. Je n'ai pas pu pousser l'examen du malade de M. Houzelot aussi loin que je l'aurais voulu, parce que l'enfant souffre et qu'il ne s'y prête qu'avec répugnance. Aussi n'est-ce que sous toutes réserves que je vais donner mon opinion. Il m'a semblé qu'une grande partie de la tumeur était formée par le testicule, et si je suis dans le vrai, je pense qu'il faut recourir à l'ablation de l'organe.

M. BROCA. Il résulte des détails contenus dans l'observation de M. Houzelot, qu'il y avait une hernie du côté malade.

Avec un pareil antécédent, je pense que l'opération proposée par M. Gosselin entraînerait les plus grands dangers.

M. MOREL. Je n'ai pas examiné le malade, mais j'ai entendu que, dans l'observation, M. Houzelot plaçait le point de départ de l'affection dans une orchite traumatique. S'il en est ainsi, je repousse l'opération. Il faut se contenter de combattre l'inflammation qui s'est, sans doute, étendue à la tunique vaginale. C'est par les antiphlogistiques qu'il faut commencer. Il sera toujours temps de recourir plus tard à une opération plus grave.

M. GOSSELIN. Le détail rappelé par M. Morel ne m'avait pas échappé ; mais il ne me paraît pas que la tumeur soit susceptible de résolution, et si, comme je le crains, elle est réellement formée par le testicule, il faut l'enlever.

M. LEGOUEST. Le testicule droit a été dans le scrotum pendant un certain temps, et il a dû remonter depuis qu'il a été atteint d'orchite.

Il paraît incontestable qu'il y a eu une hernie du même côté. Mais la tumeur du testicule date de trois semaines seulement, et je ne puis la considérer que comme une simple orchite. Je partage complétement l'opinion de M. Morel.

M. LARREY. J'ai examiné le malade très-attentivement, et je suis de l'avis de MM. Morel et Legouest. L'affection a une origine trop récente pour qu'on songe à une opération, avant d'avoir longtemps essayé des antiphlogistiques.

M. GUERSANT. Pour moi aussi il y a simplement orchite, et de plus au-dessus du testicule on trouve une tumeur contenant du liquide et parfaitement fluctuante. Je crois à une hydrocèle enkystée du cordon. Il faut d'abord calmer les accidents inflammatoires qui existent.

M. GOSSELIN. Je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on attende encore; mais je persiste à penser qu'il faudra faire la castration, si c'est réellement le testicule qui forme la tumeur; car chez les enfants on n'obtient pas la résolution des engorgements testiculaires. Des suppurations finissent par s'établir, et un peu plus tôt ou un peu plus tard on est obligé de sacrifier l'organe, pour faire cesser les douleurs vives qui se produisent; mais je répète qu'avant tout il faut être parfaitement fixé sur la nature de la tumeur.

M. HUGUIER. La Société se rappelle le malade à luxation de l'épaule en bas et en dedans, que j'ai présenté dans la dernière séance. Malgré l'opinion contraire émise par M. Velpeau, j'ai tenté de réduire sa luxation samedi dernier, et j'y suis parvenu avec la plus grande facilité. Après l'avoir endormi, j'ai imprimé à son bras des mouvements dans tous les sens; quelques craquements ont été entendus, et j'ai fait rentrer sans peine la tête humérale dans la cavité glénoïde. La sensibilité est déjà revenue dans le membre, et les doigts exécutent des mouvements. Je ne sais si la paralysie disparaîtra entièrement, mais j'aurai soin de faire connaître le résultat définitif. J'ai déjà eu occasion de réduire une luxation de ce genre un peu plus ancienne que celle-là.

M. MOREL. L'observation de M. Huguier est intéressante en ce que la paralysie existait avant toute tentative de réduction. En général, on est fort embarrassé pour décider si cet accident est le résultat du simple déplacement des surfaces articulaires, ou s'il a été la conséquence des tractions qui ont été opérées.

M. HUGUIER. Aucun doute ne peut exister à l'égard de mon malade. La luxation avait été méconnue et on n'avait rien fait.

M. CHASSAIGNAC. Les réductions de luxations datant de deux mois ne sont pas rares depuis l'introduction du chloroforme dans la pratique chirurgicale. M. Richet en a récemment réduit une qui remontait à trois mois, et j'ai réussi moi-même dans un cas pareil.

M. RICHET. Puisque M. Chassaignac a rappelé mon observation, je présenterai prochainement le malade qui en est l'objet. Je puis dire dès à présent que l'accident datait de cent cinq jours. Pour remettre les surfaces articulaires en rapport, j'ai dû porter à 170 kilos la force extensive. Cette force est considérable, quand on songe surtout que j'agissais sur une vieille femme grêle et délicate. J'avais eu soin de l'endormir et d'imprimer préalablement des mouvements au membre.

M. CHASSAIGNAC. On vient de parler de mouvements imprimés à l'articulation luxée avant de tenter la réduction. Je considère ces mouvements comme dangereux. Les tissus qui entourent l'articulation sont le siége d'un travail inflammatoire qui leur donne une grande friabilité. Il est probable que sous leur influence la capsule tout entière peut se déchirer, surtout chez les vieillards dont la tête humérale est très-développée.

Dans un cas de luxation de l'épaule, où j'employai la méthode dite du talon, je vis la tête de l'humérus dépasser la cavité glénoïde et se porter un peu en arrière du bord axillaire de l'omoplate. La mobilité était devenue excessive, et j'eus beaucoup de peine à maintenir les surfaces articulaires en rapport.

M. JARJAVAY, sur la demande de M. Morel-Lavallée, déclare qu'en prenant le service chirurgical de l'hôpital St-Antoine, il y a trouvé l'une des malades à fracture de la rotule dont son collègue a entretenu la Société, et qu'il a constaté un écartement de 14 à 15 millimètres entre les deux fragments réunis par un tissu fibreux. D'ailleurs, tous les mouvements sont possibles.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Photinos-Panas, aide d'anatomie, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur l'anatomie des fosses nasales;* Paris, 1860, in-4°. (Pour le prix Duval.)

— M. le docteur Paul Topinard, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise;* Paris, 1860, in-4°. (Pour le prix Duval.)

— M. le docteur Emile Tillot fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse inaugurale intitulée : *De la lésion et de la maladie dans les affeetions chroniques du système utérin*; Paris, 1860, in-4°.

— M. DESORMEAUX dépose sur le bureau un exemplaire du travail qu'il vient de publier en collaboration avec M. Paul Gervais, et qui est intitulé : *Deseription d'un fœtus humain monstrueux*, devant former un genre à part sous le nom de *Pseudoeéphale*; Paris, 1860, in-4°.

— M. LARREY fait don à la Société des deux premières années du *Journal du progrès*. (1858 et 1859.)

— M. LE PRÉSIDENT, à la suite de la correspondance, fait la communication suivante :

Après avoir entendu la lecture des conclusions qui terminent la thèse de M. Topinard, je ne puis m'empêcher d'exprimer de nouveau le regret qu'à Paris nous ne possédions pas encore une statistique sinon irréprochable, au moins approximative, des résultats des grandes opérations. Le relevé annuel des hôpitaux, n'étant pas fait d'une manière uniforme et de plus n'étant pas toujours contrôlé par les chefs de service, ne peut nécessairement donner que des renseignements fort inexacts et d'un médiocre intérêt.

En présence d'un état si fâcheux, ne serait-il pas du devoir de la Société de chirurgie de donner un salutaire exemple et de combler cette lacune si nuisible pour la science ? Si donc, comme président, il m'était permis d'émettre un vœu, je dirais qu'il serait bien à désirer que chacun de nous s'engageât formellement à faire connaître régulièrement chaque année les résultats de ses opérations. Ces faits, joints à ceux qui sont exactement recueillis dans les services de l'armée et de la marine, fourniraient certainement des documents bien précieux pour la pratique, et par la suite bien des questions sans cesse remises en doute seraient résolues d'une manière définitive.

RAPPORTS.

M. VERNEUIL commence la lecture d'un rapport sur un travail de M. Rampolla (de Palerme), relatif à un nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

ANÉVRYSME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE,

Ligature de cette artère en dedans des muscles scalènes et de l'artère carotide primitive. Mort (1).

L'étude des plaies des vaisseaux a occupé en tout temps l'attention des chirurgiens; la gravité de ces blessures, les dangers qui les accompagnent, les opérations hardies et délicates que parfois elles réclament, justifient cette prédilection.

La Société de chirurgie a donc écouté avec intérêt la note de M. le docteur Lefort sur un cas d'anévrysme faux consécutif de l'artère sous-clavière, traité par la ligature simultanée des artères carotide et sous-clavière en dedans des muscles scalènes. Elle a surtout examiné avec une curieuse attention la pièce pathologique complément de cette observation. Une commission, composée de MM. Deguise, Houel et moi, a été chargée de lui rendre compte de ce fait intéressant, et je viens en son nom remplir cette mission.

Je vais résumer en quelques lignes les points principaux de cette observation, en insistant sur quelques parties qui me paraissent les plus dignes d'attirer votre attention.

Le nommé P...., âgé de vingt-quatre ans, soldat au 7e chasseurs à cheval, fut renversé de cheval et blessé de deux coups de baïonnette à la bataille de Magenta. Le premier fut porté à la partie droite et supérieure du thorax, à trois travers de doigt au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule, pénétra dans la poitrine, et blessa le poumon. Le second, dans la région sus-claviculaire, pénétra à une profondeur indéterminée, blessa l'artère sous-clavière et quelques branches nerveuses du plexus brachial. Ces deux blessures se cicatrisèrent facilement sans donner lieu à aucune hémorrhagie; des douleurs nerveuses, vives, intolérables, dans le trajet des nerfs, laissèrent croire que des branches du plexus brachial avaient été atteintes par l'instrument vulnérant.

Le 20 août, c'est-à-dire deux mois et demi après la blessure, P.... entra à l'hôpital San-Ambrogio à Milan, pour une tumeur anévrysmale de la région sus-claviculaire. Cette tumeur, d'un volume assez grand, déborde le muscle scalène, et semble plonger dans l'inter-

---

(1) Rapport au nom d'une commission composée de MM. Deguise, Houel et Giraldès, rapporteur. (Lu à la Société de chirurgie le 8 février 1860.)

valle de ces muscles. L'anévrysme augmentant de volume tous les jours, dans la crainte de le voir se rompre, il a été décidé dans une consultation de lier simultanément l'artère carotide et l'artère sous-clavière à son origine en dedans des scalènes; M. Cuvellier, médecin principal, a été chargé de cette opération, qui a été pratiquée le 25 août, cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital San-Ambrogio. D'après la note de M. Lefort, et d'après l'observation publiée à Milan par M. Cuvellier lui-même, il ne paraît pas que cette ligature ait été laborieuse, et que l'opérateur ait rencontré dans son exécution des difficultés dignes d'être notées.

Le 31 août, sept jours après, la circulation commence à se rétablir, le pouls radial devient appréciable; le lendemain, 1er septembre, une hémorrhagie se déclare à la suite d'un effort; elle est arrêtée au moyen de la charpie enduite de poudre hémostatique.

Le lendemain et le surlendemain, nouvelle hémorrhagie nécessitant cette fois l'emploi d'un hémostatique plus puissant, le perchlorure de fer; ces pertes de sang épuisèrent l'opéré, qui succomba dans la soirée, c'est-à-dire dix jours après l'opération.

L'autopsie, faite avec tout le soin possible, révèle certaines particularités dignes d'intérêt. La cavité droite de la poitrine est remplie par une vaste collection de sang dont la masse des caillots pèse un kilogramme; MM. Lefort et Cuvellier attribuent cet épanchement à la blessure du poumon. Cette assertion ne me paraît pas devoir être acceptée sans quelques réserves; en effet, si l'on se rappelle qu'au moment même de la blessure aucune hémorrhagie ne s'est produite, soit par les plaies de la poitrine ou de la région sus-claviculaire, on peut se demander si l'épanchement n'a pas été occasionné par du sang fourni par la blessure de l'artère sous-clavière.

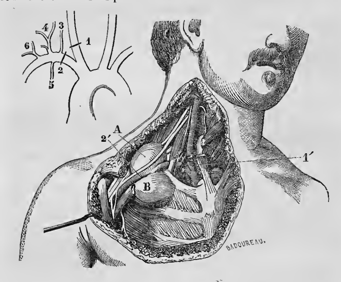
On conçoit que le coup de baïonnette, étant porté dans cette région, ait pénétré obliquement de haut en bas, ait traversé le premier espace intercostal, en blessant l'artère sous-clavière; par ce mécanisme le trajet de la blessure a frayé une voie au sang, qui de l'artère s'est écoulé dans la poitrine. Il est difficile de démontrer cette assertion par l'examen de la pièce pathologique, son état de dessiccation ne permettant pas d'en faire un examen complet.

Outre l'épanchement dont il vient d'être fait mention, on rencontre une collection purulente entre le poumon et le péricarde; cette collection communique avec la plaie de la ligature; la cavité du péricarde contient près de 150 grammes d'un liquide séro-purulent.

L'examen de la région sus-claviculaire offre un grand intérêt: cette

région occupée par une tumeur anévrysmale volumineuse, de forme allongée, mesurant, d'après M. Lefort, 24 centimètres de hauteur, et 8 centimètres sur la pièce desséchée.

Cette tumeur, légèrement recourbée sur elle-même, se développe et proémine à la base du cou, en s'enveloppant de quelques branches du plexus brachial; en bas, elle s'étend et s'appuie contre le premier espace intercostal qu'elle semble perforer, et se développe dans la poitrine, où le doigt reconnaît une tumeur arrondie. A sa partie moyenne le sac anévrysmal offre une dépression qui le divise en deux lobes; l'artère sous-clavière se trouve logée dans cette dépression et comme fondue dans les parois de la tumeur.



Nous regrettons que la dessiccation de la pièce ne permette pas de constater l'étendue de la lésion artérielle et la part des tuniques de ce vaisseau dans la constitution de la poche anévrysmale. Il est fâcheux qu'on ait eu recours, dans ce cas, au procédé de dessiccation pour conserver la pièce pathologique, procédé qui enlève à ces préparations une partie de leur valeur.

L'examen de l'artère montre que ce vaisseau est perméable en deçà de la ligature du côté des capillaires, tandis qu'il est formé du côté du cœur par un caillot assez résistant. La carotide primitive est également oblitérée par un caillot. On constate que l'artère sous-clavière

a été étreinte dans la ligature, tout près de la naissance des artères thyroïdienne inférieure, mammaire interne, vertébrale, etc. Ces vaisseaux sont perméables au sang jusqu'à leur origine.

Tels sont, en résumé, Messieurs, les points importants sur lesquels je désire fixer pour un moment votre attention (1).

L'observation dont nous venons d'esquisser les traits principaux ajoute un nouveau fait de ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes à ceux que la science possédait déjà, ligatures pratiquées dans le but de guérir des anévrysmes du même vaisseau.

D'après le professeur Hargrave (2), cette opération aurait été faite dix fois sans succès.

En présence d'une statistique aussi malheureuse, devant un nécrologe aussi effrayant, le rapporteur de la commission a pensé qu'il serait opportun de poser nettement devant la Société de chirurgie la question de savoir jusqu'à quel point, dans l'état actuel de la science, la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes doit être regardée comme utile, et devant être pratiquée sans laisser encourir à l'opérateur une grave responsabilité.

Cette opération doit-elle, au contraire, être rangée au nombre des procédés d'amphithéâtre, ou bien regardée comme une ressource ultime réservée aux cas désespérés ?....

Enfin, doit-on considérer comme axiome de chirurgie l'opinion d'Hodgiers (3), à savoir, que la ligature de l'artère innominée, ou de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes, doit être considérée comme essentiellement hasardeuse ?

Afin de donner une base solide à l'examen de ces questions, je crois devoir rappeler succinctement les faits de ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes pratiquée dans le but de

---

(1) La pièce anatomique a été déposée au musée du Val-de-Grâce.

1. Point où l'artère carotide primitive a été liée.
2. Point où l'artère sous-clavière a été liée.
3. Artère vertébrale.
4. Artère thyroïdienne inférieure.
5. Artère mammaire interne.

1'. Artères carotide primitive et sous-clavière divisées par la ligature.

2'. Artère sous-clavière.

A. Lobe supérieur de la tumeur anévrysmale.

B. Lobe inférieur.

(2) Dublin, *Medical Journal*, t. VII, nouv. série, p. 53.

(3) Hodgiers. A treatise on diseases of arteries. London, 1815, p. 384.

guérir des anévrysmes. C'est en 1811 qu'Abraham Colles (1), professeur d'anatomie et de chirurgie au Collége des chirurgiens de Dublin, entraîné par des recherches d'anatomie chirurgicale, osa pour la première fois porter une ligature sur l'artère sous-clavière, en dedans des muscles scalènes, dans le but de guérir un anévrysme de ce vaisseau ; son opéré mourut d'hémorrhagie le huitième jour. La tentative téméraire du chirurgien irlandais, à l'époque où la chirurgie des artères entrait dans une ère nouvelle et brillante, au moment où Ramsden et Williams Blisard essayaient de guérir les anévrysmes de l'artère axillaire par la ligature de la sous-clavière au-dessus de la clavicule, pouvait être considérée comme un nouveau jalon placé sur la route nouvellement tracée. La manière vicieuse dont cette opération avait été conduite pouvait laisser supposer qu'entreprise d'une manière méthodique, elle donnerait un meilleur résultat.

En 1833, Valentine Mott (2) renouvela sans succès la tentative faite par Colles vingt-deux ans auparavant. L'opération, quoique pratiquée d'une manière méthodique, et par un chirurgien habile en ce genre d'épreuves, ne donna point un résultat plus heureux ; l'opéré succomba dix-huit jours après.

En 1835, Hayden (3), chirurgien irlandais, pratiqua à Dublin, vingt-quatre ans après Colles, la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes pour un anévrysme de ce vaisseau ; comme dans les deux premiers cas, le résultat fut le même : l'opéré périt par hémorrhagie douze jours après.

En 1836, Oreilly (4), chirurgien de Dublin, essaya une fois encore de lier l'artère en dedans des muscles scalènes ; le résultat ne fut pas plus heureux ; l'opéré succomba vingt-trois jours après à une hémorrhagie.

Un semblable résultat devait donner à réfléchir ; Hayden crut trouver la cause de ces insuccès répétés dans la présence de l'artère carotide primitive agissant comme une collatérale gigantesque et s'opposant à la formation d'un caillot obturateur. Afin de paralyser l'influence de cette collatérale, il conseilla de lier simultanément l'artère sous-clavière et carotide primitive (5).

---

(1) *Edinburg surgical journal*, t. II, p. 1.
(2) *American journal of medical science*, août 1833, p. 354.
(3) *The Lancet*, 1837 et 1838, p. 47.
(4) *Flood surgical anatomy of arteries* ; London, 1839, p. 79.
(5) *The Lancet*, 1837 et 1838, p. 47 et 49.

Cette proposition ne tarda pas à être mise en pratique ; en 1837, Liston (1), d'après les indications du professeur Quain, dans un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière, se décida à lier simultanément les deux vaisseaux, comme l'avait proposé Hayden. L'événement ne donna point raison à la théorie ; l'opéré de Liston, comme les précédents, succomba à une hémorrhagie douze jours après.

En 1839 (2), le même chirurgien se disposait de nouveau à lier simultanément les deux vaisseaux ; en pratiquant l'opération, il rencontra une artère sous-clavière d'une longueur assez grande pour lui faire croire à la présence d'une anomalie ; il se borna donc à lier un seul vaisseau. Le résultat fut encore le même : l'opéré périt d'hémorrhagie trente-six jours après.

Malgré ces tentatives malheureuses, ces échecs répétés, M. Partridge (3), professeur d'anatomie et chirurgien de King's College hospital, fit à son tour, en 1841, cette opération pour un cas d'anévrysme ; le chirurgien de King's College hospital ne fut pas plus heureux que ceux qui l'avaient précédé.

Enfin, le docteur Rodgeis (4), de New-York, essaya aussi sans résultat la ligature de l'artère sous-clavière gauche en dedans des muscles scalènes. Cette fois encore l'hémorrhagie fut la cause de la mort de l'opéré.

Voilà donc neuf opérations de ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes, et neuf fois les opérés ont succombé !... La mort semble être la règle ; désormais ce triste résultat est bien fait pour éloigner de nouvelles tentatives. Dans les observations citées, on croit se rappeler que les opérés, à l'exception de celui du professeur Partridge, ont tous succombé par suite d'hémorrhagie. Toutes les fois que l'examen anatomique a été fait, on a constaté que les vaisseaux étaient oblitérés du côté du cœur par des caillots assez résistants, et qu'ils étaient perméables en deçà de la ligature du côté des capillaires. L'hémorrhagie s'est donc produite non par insuffisance de résistance du caillot, mais bien à la suite du rétablissement de la circulation, par défaut d'une barrière assez solide du côté des capillaires. C'est donc dans le rétablissement de la circulation, dans le retour du sang par les voies collatérales, qu'est le danger le plus

(1) *The Lancet*, 1837 et 1838, vol. II, p. 668.
(2) *The Lancet*, vol. I, 1839 et 1840, p. 37 et 419.
(3) *London medical Gazette*, t. XXVIII, p. 668.
(4) *Cyclop. of anatomy*, art. SUBCLAVIA.

imminent dans cette opération ; un obstacle solide se place devant la ligature pour résister à l'impulsion de la colonne de sang poussée par le cœur ; par une espèce de mouvement tournant, la colonne de sang vient battre en brèche le côté le plus faible, rompre les obstacles qui lui résistent et se faire jour au dehors. On comprend que Liston, éclairé par deux insuccès, se soit exprimé ainsi au sujet de cette ligature : « D'après les résultats qu'elle a donnés, c'est une opération à laquelle j'aurais beaucoup de peine à recourir ; c'est la seule chance qui reste au malade, mais cette chance est si légère, que je ne crois pas qu'on soit autorisé à pratiquer cette opération. Je ne pense pas que rien puisse me forcer à avoir recours à la ligature de l'artère innominée, ou même à l'autre ligature modifiée. »

Le malade opéré par M. Cuvellier, comme ceux des observations que nous avons citées, a succombé à une hémorrhagie produite par le rétablissement de la circulation, et non pas par l'insuffisance de résistance à la colonne de sang venant du cœur. L'autopsie a permis de bien constater cette particularité importante, qui domine l'histoire de la ligature des vaisseaux. Un tel résultat pouvait jusqu'à un certain point être prévu ; qu'on se rappelle le peu d'étendue de l'artère sous-clavière dans cette région ; sa longueur ne dépasse pas en moyenne un centimètre et demi à deux centimètres ; c'est sur cet espace aussi étroit, sur un vaisseau souvent profondément situé, qu'on doit porter la ligature ; ajoutons que cet espace est borné en dedans par la naissance de l'artère carotide primitive, et en dehors par les artères thyroïdienne inférieure, vertébrale, mammaire interne, etc. ; on conçoit dès lors combien il est facile de serrer le lien tout près de ces derniers vaisseaux, et de laisser une voie libre par laquelle la circulation de retour produira une hémorrhagie.

Si les chirurgiens ont trop exagéré l'influence du voisinage des vaisseaux collatéraux dans la formation des caillots obturateurs après la ligature des artères, en revanche ils ont un peu trop négligé le rôle des artères collatérales placées au-dessous de la ligature dans la production des hémorrhagies secondaires. Les opérés de Colles, Mott, Hayden, Liston et celui de M. Cuvellier, ont tous succombé à la même cause. L'hémorrhagie s'est effectuée par le côté périphérique de l'artère liée, par la circulation collatérale, et nullement par l'insuffisance de résistance du côté du cœur.

D'après les faits que nous venons d'exposer, on peut dire que l'opération de la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes est une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie ;

qu'elle peut être placée au même rang que la ligature de l'artère aorte et du tronc brachio-céphalique.

Dans l'observation communiquée à la Société de chirurgie par M. Lefort, on peut se demander : Y avait-il un péril imminent, un danger de mort ne laissant au malade que cette faible chance dont parle Liston, pour justifier l'opération qui a été pratiquée?... Si l'on se reporte aux détails de l'observation publiée en entier par M. Cuvellier, si l'on cherche dans l'examen de la pièce pathologique des éléments pour résoudre cette question, on est obligé de dire qu'il y avait peut-être possibilité d'agir autrement, de chercher à mettre à découvert et à lier l'artère sous-clavière en dehors des muscles scalènes ; l'opération eût été sans contredit difficile, délicate, laborieuse même, mais elle ne me paraît pas impossible ; d'ailleurs, la section des muscles scalènes en eût facilité l'exécution. La tumeur anévrysmale n'offrait pas un volume assez grand pour masquer complétement la région ; et quand bien même il eût été impossible de mettre l'artère sûrement à découvert, à l'exemple d'Astley Cooper, il était toujours temps d'y renoncer. En supposant même que le volume de la tumeur anévrysmale ne laissât aucun espoir de tenter la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, il était indiqué d'essayer les divers agents coagulants, ou les autres moyens que la chirurgie est obligée d'employer dans le traitement des anévrysmes, devant lesquels elle est forcée de rester désarmée.

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer :

1° D'insérer dans son Bulletin la note de M. le docteur Lefort;

2° De prier son auteur d'y ajouter, s'il est possible, un dessin au trait;

3° De remercier M. le docteur Lefort pour son intéressante communication.

La Société vote les conclusions du rapport, et décide en outre qu'elle fera exécuter à ses frais un dessin qui sera ajouté au rapport, dont la publication aura lieu dans ses Bulletins.

Séance du 14 mars 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Annales de la Société de médecine de St-Etienne et de la Loire, t. Ier, 1re et 2e partie ; années 1857 et 1858 ; Saint-Etienne, 1859 et 1860, in-8°.

— Compte rendu de l'Association des médecins du département de la Seine, par M. Louis Orfila, secrétaire général; Paris, 1860, in-8°.

— M. Domerc, *Des écoulements chroniques du canal de l'urèthre et de leur traitement;* Paris, 1860, in-8°.

— M. John Birkett adresse les ouvrages suivants :

1° *A case of excision of the head of the humerus.* (Cas de résection de la tête de l'humérus) ; London, 1859, in-8°.

2° *Contributions of the practical surgery of new growths or tumours.* (Contributions à la chirurgie pratique des tumeurs ou productions accidentelles); London, 1859, in-8°. Ce mémoire, accompagné de 2 planches, est entièrement consacré à l'étude des kystes.

3° *Inquiry in to the nature of these cases of strangulated oblique inguinal hernia, termed : réduction en bloc, etc.* (Recherches sur la nature des cas de hernie inguinale étranglée désignés sous le nom de réduction en bloc); London, 1859, in-8°.

— M. Léon Vignes, prosecteur à l'École de médecine de Toulouse, adresse un mémoire manuscrit intitulé *Quelques recherches dans le but de prévenir une des complications les plus fâcheuses des amputations.* (Commissaires, MM. Verneuil, Boinet et Guérin.)

— M. le docteur Ferrand, de Mer, adresse à la Société :

1° Une lettre où il expose sommairement les résultats de sa pratique dans le traitement des tumeurs cancéreuses ;

2° Une observation de cancer du sein chez l'homme.

(Commissaires, MM. Boinet, Houel et Chassaignac).

— M. Jules Cloquet fait don à la Société des *Principes d'embryogénie, de zoogénie et de tératologie,* par M. Serres. Ce travail de près de

1,000 pages in-4°, accompagné de 25 planches in-fol., remplit entièrement le t. XXV des *Mémoires de l'Académie des sciences ;* Paris, 1860, in-4°.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Jules Cloquet de ce don précieux.

M. LABORIE, à propos de la correspondance, communique à la Société la suite de l'observation de rupture de matrice sur laquelle il avait fait un rapport dans une précédente séance, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Depaul, Cazeaux et Laborie, rapporteur.

J'ai reçu, dit M. Laborie, de M. Bourgeois, de Turcoing, une note relative à la malade qui, vers le cinquième mois de sa grossesse, avait offert une rupture de l'utérus. La Société se rappelle sans doute que cette femme, mal conformée, avait déjà une première fois subi l'opération césarienne. Ce serait pendant un effort que la cicatrice se serait rompue, et l'œuf ou partie de l'œuf aurait pénétré dans la cavité péritonéale.

M. Bourgeois demandait l'avis de la Société sur la conduite à suivre dans un cas si grave. Votre commission avait conseillé l'expectation, et, si cela devenait indiqué par des accidents, l'ouverture du kyste et l'extraction du fœtus et de l'œuf.

M. Bourgeois, dans son observation, nous dit que le 28 janvier 1859, époque qui répondait au terme de la grossesse, apparurent des symptômes d'inflammation dans la tumeur.

Dès le 2 février cette inflammation devint ulcérative, et la paroi antérieure du kyste s'ouvrit. Il s'écoula par cette ouverture un liquide sanieux et fétide ; le même écoulement se montrait par les voies naturelles, ce qui justifie l'opinion que nous avions émise en disant que l'œuf continuait à conserver des rapports avec l'intérieur de l'utérus.

L'ulcération ne s'étendit que fort peu, et ce fut le 20 seulement que M. Bourgeois se décida à opérer l'extraction du fœtus, parce qu'un pied se présentait à l'orifice fistuleux. Il put enlever par cette voie tout le fœtus. Pendant les efforts de traction, il déchira un peu les bords de la plaie, ce qui rendit la manœuvre plus facile.

Nous transcrivons les mesures exactes du fœtus :

Longueur totale, 0m,30 cent.
De la tête à l'ombilic, 0,18.
De l'ombilic aux pieds, 0,12.
Diamètre occipito-frontal, 0,6.

Après l'extraction du fœtus, M. Bourgeois s'efforça d'enlever le placenta, mais il n'en put arracher qu'une moitié.

La malade, après avoir subi une série d'accidents des plus graves, en était arrivée presque à la convalescence le 3 mars, car elle se levait et mangeait. La plaie était en très-bon état, la cicatrisation se faisait progressivement.

Le 5 mars, apparition de nouveaux accidents : fièvre, vomissements, hoquet, contractions tétaniques, etc. La mort avait lieu le 7.

Voilà, Messieurs, un très-court résumé de l'observation transmise par M. Bourgeois. La Société comprendra l'inopportunité de toute discussion sur le traitement. L'intérêt du fait réside tout entier dans la manière dont une cicatrice de l'utérus, consécutive à une opération césarienne, se serait rompue au cinquième mois de la grossesse sous l'influence d'un effort très-médiocre.

Quant à l'étude nécroscopique, qui aurait dû compléter l'observation, M. Bourgeois n'a pu obtenir de la faire. Nous en éprouvons, comme notre confrère, les plus vifs regrets, et nous vous proposons de déposer la note de M. Bourgeois dans les archives de la Société, et de le remercier de sa nouvelle communication.

— M. VERNEUIL termine la lecture de son rapport sur le travail de M. Rampolla.

La Société décide que le travail de M. Rampolla et le rapport de M. Verneuil, pouvant donner lieu à une discussion, seront préalablement imprimés dans les bulletins.

Note sur un nouveau procédé pour le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens,

Par M. le docteur RAMPOLLA, de Palerme, chevalier de l'ordre de Sainte-Agathe.

Depuis quelques années, la chirurgie s'est enrichie de méthodes très-diverses pour extirper les polypes qui occupent la partie supérieure du pharynx. On attaque ces tumeurs par les voies naturelles ou par les voies artificielles. Sans vouloir ni décrire ni apprécier ces méthodes, nous dirons avec la plupart des chirurgiens que la cure d'un polype naso-pharyngien est encore aujourd'hui chose difficile, quel que soit le procédé employé.

Il n'est donc pas inutile de chercher un nouveau moyen possédant les mêmes avantages que ceux que l'on possède sans partager leurs inconvénients. Nous croyons être arrivé, après quelques essais, à un

résultat satisfaisant. Nous commencerons par un aperçu sommaire sur la région anatomique sur laquelle on doit agir.

La cavité naso-pharyngienne est une voûte limitée en avant par les fosses postérieures du nez et la cavité rétro-buccale.

L'ensemble de cette cavité donne l'idée d'un tube qui se courbe en avant pour se continuer avec les fosses nasales; sa direction est oblique d'avant en arrière et de haut en bas. Le pharynx, fixé à sa partie supérieure, évasé, situé au-devant des premières vertèbres cervicales, est constitué par une tunique musculo-muqueuse. Sa paroi supérieure recouvre l'apophyse basilaire de l'occipital et la base de l'apophyse ptérygoïde, qui vient la rejoindre à angle droit. De ce côté, les dimensions du pharynx sont fixes, en raison des insertions de l'aponévrose céphalo-pharyngienne.

Le pharynx est contourné en avant par les arrière-narines constituées par deux cavités presque toujours inégales, séparées par une cloison verticale et dont la paroi supérieure est formée par la lame criblée de l'ethmoïde. La paroi externe, formée d'os et de cartilages, se termine en arrière, à l'ouverture postérieure des fosses nasales. A sa partie moyenne et antérieure se trouve une dépression qui, se portant vers la racine du nez, est en rapport immédiat avec le sac lacrymal, qui, lui-même, répond directement à la caroncule lacrymale.

D'où il résulte qu'il existe une connexion très-rapprochée entre le grand angle de l'œil et la partie antérieure de la cavité nasale; si donc on cherchait à pénétrer dans cette cavité par la région susdite, en respectant la portion cartilagineuse et les os propres du nez et en sacrifiant seulement la paroi osseuse de la fossette lacrymale, on arriverait d'avant en arrière et de haut en bas dans la partie la plus élevée du pharynx. Cette voie nous paraît la meilleure à suivre. Voici le procédé que nous avons imaginé et appliqué déjà sur le vivant :

En 1857, de nouvelles expériences ont été répétées sur le cadavre, avec le concours de MM. Béraud, chirurgien des hôpitaux, et Bastien, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux. C'est la gouttière lacrymale qui sert de point de repère et de point de départ.

Supposons un polype né sur la partie latérale de la voûte naso-pharyngienne; il sera fixé par les parois osseuses de cette voûte elle-même et se moulera sur la direction de cette cavité; son grand axe sera donc oblique d'avant en arrière et de haut en bas. A la vérité, les obstacles qu'il rencontre dans son développement pourront modifier cette direction, mais seulement d'une manière partielle. Dans quelque sens que s'incline la base d'insertion, un procédé destruc-

teur ne saurait réussir, s'il agissait tout à fait horizontalement on verticalement. En d'autres termes, l'extirpation serait toujours incomplète, si on attaquait le polype perpendiculairement ou parallèlement à son axe. Il est indispensable d'agir dans une direction oblique, d'arrière en avant et de bas en haut; ce qu'on réalise facilement en partant de la gouttière lacrymale. Si donc, par une ouverture faite en ce point, on porte une sonde conduisant une anse flexible ou la chaîne d'un écraseur susceptible d'embrasser la tumeur, il est facile de comprendre qu'on agira sur le pédicule même, en rasant sa base d'implantation.

Voici dans quelles circonstances ce procédé a été mis en usage :

Observation. — Pierre, garçon de dix-neuf ans, aujourd'hui très-affaibli, quoique présentant les restes d'une forte constitution, était affecté d'un polype naso-pharyngien, implanté directement sur l'apophyse basilaire de l'occipital. Les hémorrhagies fréquentes et la gêne de la respiration avaient amené un état de marasme prononcé. Il était important d'enlever la tumeur avec la moindre perte de sang possible. La ligature fut préférée : pour atteindre la tumeur à la partie la plus élevée, nous pénétrâmes à la racine du nez par la gouttière lacrymale de l'os unguis. Une sonde courbe fut introduite jusque dans le pharynx, où elle porta une anse de fil qui, avec l'aide du doigt, fut conduite autour du polype. L'anse fut serrée graduellement, la tumeur tomba le cinquième jour.

Malheureusement, les liquides putrides et purulents provenant de la masse polypeuse sphacélée coulèrent dans les voies digestives et déterminèrent un empoisonnement, qui amena la mort au quinzième jour. L'autopsie montra que le polype avait été bien détruit à son insertion et que la plaie faite aux voies lacrymales était en voie de cicatrisation.

N'est-il pas évident que si, au lieu de la ligature ordinaire, on avait employé la chaîne de l'écraseur pour exécuter en quelques instants une section qui a exigé cinq jours, les suites fâcheuses de l'opération eussent été prévenues, et que le malade, dont la respiration était redevenue libre, aurait pu survivre et guérir? L'emploi de l'écraseur complétera donc notre procédé ; c'est pourquoi nous avons fait construire par M. Mathieu une canule courbe et creuse, contenant dans son intérieur une tige aplatie en acier flexible, à l'extrémité de laquelle est attachée une chaîne qui rentre ou sort à volonté de la canule, et dont

on peut resserrer l'anse, au moyen du pas de vis que la tige d'acier porte à l'extrémité destinée à rester au dehors.

(M. Rampolla soumet l'instrument à l'examen de la Société.)

Description du procédé opératoire. — On explore la tumeur et l'on reconnaît son lieu d'implantation au moyen du doigt introduit dans l'arrière-gorge ou dans les fosses nasales. On habitue le malade à ces manœuvres, et on procède de la manière suivante :

Premier temps. — Pour découvrir le bord interne de la gouttière lacrymale, on pratique une incision de 2 ou 3 centimètres en dedans de l'insertion du tendon de l'orbiculaire, sur le bord antérieur de la gouttière; sa direction est d'abord verticale; elle commence à 3 ou 4 millimètres au-dessus du tendon, puis s'incline en dehors, en suivant toujours le bord de la gouttière, de manière à présenter une concavité externe et supérieure. Les parties molles étant peu épaisses, on arrive de suite au périoste. On évite, s'il est possible, la veine angulaire et l'anastomose de la faciale avec l'ophthalmique.

Deuxième temps. — On quitte le bistouri pour la rugine ; on sépare le périoste de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On décolle le sac lacrymal et le tendon direct de l'orbiculaire. On écarte enfin toutes ces parties en dehors, tandis qu'un aide, de son côté, rétracte en dedans la lèvre interne de la plaie.

Troisième temps. — A l'aide d'un trocart large et courbe, on perfore la paroi interne de la gouttière lacrymale, c'est-à-dire l'os unguis. Le trocart pénètre ainsi dans les fosses nasales au niveau du méat supérieur. On le pousse dans la profondeur de haut en bas (sa convexité regardant en haut et en arrière), jusqu'à ce qu'il arrive au bord inférieur du voile du palais. Alors on lui fait subir un mouvement de rotation sur son axe, de façon que sa convexité, qui était dirigée en haut, réponde, au contraire, à la paroi inférieure des fosses nasales.

Quatrième temps. — Le poinçon du trocart est retiré. On laisse la canule en place ; elle sert à conduire une bougie flexible armée d'une anse de fil à son extrémité antérieure. Lorsque la pointe de la bougie est parvenue dans le pharynx, où l'œil peut l'apercevoir, on la saisit avec une pince et on l'entraîne par la bouche ; elle amène avec elle l'un des chefs du fil, l'autre chef restant à l'extérieur, maintenu par un aide sur le front.

Cinquième temps. — On ôte la canule en laissant le fil en place. On fixe son chef frontal à la partie moyenne de la chaîne contenue et cachée dans la canule ; puis on enfonce cette dernière dans la même

direction que le trocart ; on lui fait subir également un mouvement de rotation quand elle est parvenue dans le pharynx. Alors, en exerçant de légères tractions sur le fil et en poussant en même temps la tige d'acier contenue dans la canule, on fait sortir la chaîne, qui se développe en anse dans le pharynx.

Sixième temps. — En suivant le fil, on introduit l'index dans le fond de la bouche pour déployer la chaîne en anse, engager dans son ouverture l'extrémité libre de la tumeur, et la faire remonter enfin jusqu'au pédicule du polype.

Septième temps. — On pratique l'écrasement par la manœuvre ordinaire, et on retire la tumeur par la bouche et l'écraseur par la voie qui lui a livré passage. On fait le pansement de la plaie lacrymale en réappliquant le petit lambeau et en le fixant avec quelques bandelettes agglutinatives.

Traitement consécutif. — Le malade est tenu dans le silence et l'immobilité. On refusera tout aliment ; on permettra l'usage de la glace sucrée.

La partie blessée, dans le procédé précédent, est le conduit lacrymal. A la vérité, on peut ménager le sac ; mais cet organe décollé, isolé, mis en contact avec l'air extérieur et les instruments, serait pris d'inflammation avec toutes les suites nécessaires. Ce point mériterait un examen particulier dont les résultats seront publiés plus tard. Il suffit de dire aujourd'hui que la destruction du sac lacrymal, telle qu'elle est faite dans notre procédé, ne peut entraîner d'accidents fâcheux, et que la plaie se comporte comme une plaie simple.

En un mot, par l'emploi de l'écrasement linéaire par la voie nouvelle ouverte aux instruments, nous croyons avoir rendu l'opération des polypes naso-pharyngiens plus simple, plus facile, plus innocente. En répétant l'expérience, les chirurgiens auxquels nous soumettons nos idées pourront facilement juger de leur valeur.

RAPPORT.

M. VERNEUIL lit le rapport suivant, sur le travail qui précède.

Messieurs, j'ai eu récemment l'honneur de soumettre à votre appréciation un travail de M. le docteur Rampolla (de Palerme), relatif au traitement des polypes naso-pharyngiens. A ce moment, cette question importante était à l'ordre du jour de nos travaux. En effet, les communications se succédaient rapidement.

M. Foucher nous lisait une observation curieuse dans laquelle le polype avait été attaqué à l'aide de la boutonnière staphyline, simple

ouverture créée, comme son nom l'indique, dans la continuité du voile du palais (1). M. Huguier, quelque temps après, imitait cet exemple, et cette fois avec une issue heureuse.

M. Robert venait nous exposer le résumé de ses longues méditations sur une question dont l'étude lui est favorite.

Enfin, M. Legouest nous présentait à son tour des remarques sur la résection de la voûte palatine (2).

Vous avez cru que, au lieu de disperser les arguments et les faits à propos de chacune de ces présentations, on économiserait un temps précieux et l'on arriverait à un résultat plus utile en suscitant une discussion générale, dans laquelle on pourrait parcourir toute l'étendue du sujet et arriver, sinon définitivement, au moins d'une manière approximative, à la solution de problèmes qui intéressent hautement la science et surtout la pratique, encore fort indécise en plus d'un point.

Vivement désireux pour sa part de voir s'engager un débat sérieux, votre rapporteur vient aujourd'hui remplir sa tâche, en vous conjurant tous de prendre part à la discussion, pour l'honneur de la chirurgie française en général, et en particulier pour celui de l'honorable Société que vous composez. Croyant avoir bien compris le but que vous vous proposiez en prononçant l'ajournement, votre rapporteur vous présentera d'abord son appréciation sur le procédé de M. Rampolla; puis il s'efforcera de préparer les matériaux de la discussion générale, en touchant un peu à tous les points importants, de manière à provoquer la controverse.

En sortant ainsi du rôle de simple rapporteur, j'ai été guidé par les motifs suivants : Si je m'étais contenté d'argumenter le court travail qui vous a été soumis, la question restait renfermée dans des limites étroites, et offrait peu d'issues pour la polémique. Si, d'un autre côté, j'avais voulu faire une excursion trop étendue dans l'histoire générale des polypes naso-pharyngiens, l'œuvre de notre confrère risquait de disparaître au milieu de détails étrangers.

J'ai donc tenté de côtoyer les deux écueils et de me tenir à distance égale du général et du particulier. Aussi ai-je pris dans le mémoire

(1) J'ai été nommé rapporteur de cette communication.

(2) Depuis peu un nouveau document s'est produit. M. Bauchet nous a raconté l'histoire d'un malade atteint d'un polype naso-pharyngien, dont l'ablation a été faite après résection de l'os maxillaire supérieur en totalité.

de M. Rampolla les points qui m'ont paru saillants, et c'est sur eux que, en autant de paragraphes distincts, j'appellerai votre attention.

§ I. *De l'opportunité des opérations préliminaires.* — D'accord avec la grande majorité des chirurgiens français, M. R... est d'avis que la cure radicale des polypes naso-pharyngiens n'est guère réalisable par les méthodes anciennes ou simples, dans lesquelles on attaque uniquement le polype par les voies naturelles, sans intéresser directement les organes qui le recouvrent et le masquent.

Il regarde donc comme à peu près indispensable le secours d'une opération préliminaire, prologue opératoire qui sacrifie ou lèse du moins des parties saines, dans le but de frayer une voie artificielle conduisant plus ou moins directement au pédicule du parasite.

Voici un premier point sur lequel votre commission partage entièrement l'opinion de l'auteur.

Certes, et sans parler même des cas rares, mais authentiques, de cure spontanée, il est impossible de nier que, entre les mains des chirurgiens anciens ou de praticiens contemporains habiles, l'arrachement, le broiement, l'excision, la ligature, ou d'autres procédés analogues, n'aient procuré quelques succès durables; ceci n'a rien de surprenant, quand on pense que certains polypes ont un pédicule étroit et ne paraissent procéder que de la muqueuse. Parmi les faits les plus récents, je pourrais citer les observations de M. Letenneur de Nantes, Desgranges de Lyon, Middeldorpf de Breslau, et d'autres encore, si l'on récusait celles que renferment des recueils déjà anciens.

Il faut donc s'attendre à voir contester la nécessité absolue des opérations préliminaires. Ces faits néanmoins n'infirment pas notre proposition; car, d'abord, ils doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels; puis les opérations dites simples, le plus souvent très-laborieuses, sont au moins aussi redoutables, sinon plus, que celles dites composées, dans lesquelles intervient une opération préliminaire, qui facilite la destruction de la tumeur, sans augmenter par elle-même les chances mortelles primitives.

Il faut dès le début, et pour ne plus y revenir, poser catégoriquement en principe l'inefficacité notoire et la gravité des méthodes simples, afin de détruire d'avance une échappatoire qui consisterait à faire précéder l'opération composée de quelques essais faits par les méthodes simples. L'expérience démontre que cet atermoiement est funeste. Pour un cas où ces dernières réussiront complétement, elles échoueront vingt fois et amèneront peut-être plus d'une fois la mort.

Leur insuccès épuisera le malade, aggravera le mal, enfin retardera la guérison.

L'emploi de l'opération préliminaire ne doit donc pas souffrir de retard; elle doit faire partie du premier combat chirurgical qu'on livre au polype.

Loin d'être téméraire, cette manière de faire est seule en rapport avec la gravité intrinsèque extrême des polypes fibreux naso-pharyngiens; elle est tout à la fois conforme aux intérêts du malade et à ceux de la chirurgie, toujours compromise et discréditée par les insuccès.

L'histoire démontre que le principe des opérations préliminaires, conçu dès la plus haute antiquité, réédité par Manne il y a cent quarante ans, puis un peu oublié, a repris ses droits depuis quarante années environ. A partir de cette seconde renaissance, il a toujours fait de nouveaux progrès, et s'il suffisait pour l'appuyer de nommer ses adhérents modernes, nous citerions Dupuytren, Roux, Dieffenbach, MM. Flaubert fils, Robert, Michaux, Nélaton, et la plupart d'entre vous. Je passe à un autre point non moins important et beaucoup plus difficile à résoudre.

§ II. *Du choix à faire entre les différentes opérations préliminaires.* — Appliquées spécialement à l'ablation des polypes naso-pharyngiens, ces opérations sont déjà extrêmement nombreuses, et j'ai dit plus haut que quelques-unes d'entre elles remontaient à une date fort reculée. Il importe cependant de distinguer les tentatives anciennes des opérations modernes d'après le but auquel elles tendent. J'ai démontré ailleurs que, jusqu'à une époque qui n'est pas éloignée de nous, on ne songeait point à créer des voies nouvelles; on se contentait d'élargir les voies naturelles par des incisions simples, et cela dans la seule intention d'aborder plus facilement les lobes du polype. Ceux-ci mis à découvert étaient arrachés, liés, tordus, excisés. Comme on ne possédait sur le lieu d'implantation de ces tumeurs que des notions vagues, on cherchait seulement à détruire le plus possible les parties accessibles, sans s'adresser directement à la racine.

Les modernes seuls ont mis en lumière les vraies conditions de la cure. On pourrait dire avec quelque raison que l'ablation des branches est en quelque sorte secondaire, la destruction du pédicule constituant le but principal de l'opération.

On caractériserait la différence qui existe entre les opérations préliminaires anciennes et les opérations préliminaires modernes, si l'on disait, pour s'exprimer brièvement, que les premières donnaient accès

jusqu'au polype, tandis que les secondes donnent accès jusqu'à la racine.

Aucun procédé ne pousse plus loin ce second précepte que celui de M. Rampolla. En effet, on ne touche, on ne voit même ni lobe nasal ni lobe pharyngien. On coupe le polype à son insertion, la tumeur tombe d'elle-même.

Comme tous les auteurs, M. Rampolla pense que son procédé, auquel du reste on ne peut refuser ni la simplicité ni l'originalité, est susceptible d'une application très-générale. Pour juger s'il en est réellement ainsi, il faut le comparer avec ceux qui sont déjà connus et qui ont déjà fait leurs preuves. Mais, je l'ai déjà dit, ces opérations sont extrêmement nombreuses, et je ne puis songer à vous les énumérer toutes, encore moins à vous décrire ce que vous connaissez mieux que moi. Je me contenterai de vous en présenter un tableau sommaire, une sorte de classification.

Classification des opérations préliminaires. — Trois voies bien distinctes conduisent à cette région de la base du crâne où l'on admet maintenant que les polypes fibreux naso-pharyngiens prennent généralement insertion. D'après ces trois voies, on peut admettre trois méthodes d'opérations préparatoires, et annexer à chacune d'elles un certain nombre de procédés.

La *méthode nasale*, qu'on pourrait aussi appeler *méthode ancienne*, pénètre directement d'avant en arrière, en divisant le nez sur la ligne médiane, ou latéralement dans sa portion molle seule, ou simultanément dans sa portion osseuse, avec ou sans résection de la cloison, des cornets, des os propres ou de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur. Il n'est pas possible de connaître l'inventeur de la voie nasale, qu'on trouve indiquée dans les livres hippocratiques, ce qui permet de faire remonter aux origines de l'art le principe si fécond des opérations préliminaires.

La *deuxième méthode*, ou *buccale*, date de 1717 : Manne (d'Avignon) en est l'inventeur; on doit y rattacher la boutonnière staphyline de Dieffenbach ; la résection de la voûte palatine de M. Michaux (de Louvain), si utilement perfectionnée par M. Nélaton ; le procédé mixte de M. Botrel ; la perforation bornée à la portion dure de la voûte, voies artificielles que l'anatomie pathologique avait constatées bien longtemps avant que la chirurgie songeât à les utiliser ou à les imiter.

La *troisième méthode*, que j'appellerai *faciale*, creuse la voie à travers le maxillaire supérieur ; tantôt elle sacrifie cet os en totalité,

tantôt elle le perfore seulement, et conserve ou le plancher orbitaire ou l'apophyse palatine. Certes, on pourrait en reconnaître les traces plus ou moins claires dans les cas déjà anciens de trépanations étendues du sinus maxillaire, à la faveur desquelles on tâchait d'enlever soit de prétendus polypes fibreux de l'antre d'Highmore, qu'on doit regarder plutôt comme des corps fibreux ou comme des cancers, soit peut-être aussi les prolongements antérieurs de véritables polypes fibreux de la base du crâne.

Quoi qu'il en soit, il me paraîtrait injuste de refuser à M. Flaubert fils l'honneur d'avoir le premier proposé dogmatiquement et exécuté habilement l'ablation de la mâchoire, dans le but déterminé et précis de détruire les polypes en question quand ils ont fait de grands ravages dans le squelette de la face.

Ces trois méthodes fondamentales ont été associées parfois dans certaines opérations graves où, la tumeur faisant à la fois éruption dans plusieurs points, ses embranchements ont été attaqués isolément et dans les points où ils se montraient le plus accessibles. Il existe déjà dans la science un assez grand nombre de ces *opérations préliminaires à voies multiples;* il ne serait certes pas sans intérêt de les réunir et de les comparer aux procédés à *voie unique*. Je ne crois pas qu'il soit ici opportun de faire ce travail; je rappellerai seulement comme exemple type une belle observation récemment publiée par M. Maisonneuve. Du reste, il y a déjà longtemps que pareil plan a été mis à exécution par Throwbridge, Brulatour, Dupuytren, Begin, Adelmann, et d'autres avant et après.

Le procédé de M. Rampolla appartient à la méthode nasale.

Quelle place devons-nous assigner au procédé de M. Rampolla dans la classification précédente? Nous savons que pour atteindre la voûte du pharynx il pénètre dans la fosse nasale par la région lacrymale. Je ne vous rappellerai pas le manuel opératoire, que vous connaissez déjà; je ferai seulement remarquer que l'on n'intéresse ni la portion osseuse ni la portion cartilagineuse de l'auvent nasal, et qu'on pénètre dans la cavité olfactive par la paroi latérale dans un point qui correspond à peu près à l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Puisque le nez proprement dit reste inoffensé, on hésite un peu à ranger l'opération en question parmi les procédés de la méthode nasale, et l'on est tenté de la désigner d'une manière spéciale sous le nom de méthode lacrymale. Toutefois, si l'on réfléchit que, sauf le lieu où les parties superficielles sont ouvertes, le trajet ultérieur que l'on suit, la direction que l'on donne aux instruments, le point par

lequel on aborde le polype, sont identiquement les mêmes que si l'on suivait la voie nasale ordinaire, on est porté, pour ne pas multiplier sans nécessité les grandes divisions, à confondre le procédé nouveau avec les dérivés de la méthode ancienne.

Pour que le procédé de M. Rampolla pût prétendre à devenir d'un emploi général, il faudrait démontrer :

1° Qu'il est supérieur à tous les autres procédés de la méthode nasale ;

2° Que cette méthode elle-même est supérieure aux deux autres.

Un tel parallèle ne peut être entrepris dans ce rapport, car il ne serait guère moins que l'histoire critique complète de toute la thérapeutique chirurgicale des polypes naso-pharyngiens. La discussion mènerait d'ailleurs à des conclusions qui sont déjà dans tous les bons esprits, c'est-à-dire que les trois voies sont utiles suivant les cas, qu'aucune méthode, et, à plus forte raison, qu'aucun procédé ne peuvent prétendre à une suprématie absolue et à une préférence exclusive : d'où ressort qu'une opération nouvelle étant proposée, il ne s'agit point de savoir si elle convient à tous les cas, mais bien seulement si elle s'applique particulièrement à une série de faits plus ou moins nombreux ou restreints.

Je transpose donc la question, et je demande : *Le procédé de M. Rampolla donne-t-il plus que les autres des chances de guérison radicale?*

Examinons :

1° Les motifs qui ont conduit l'auteur à la conception qu'il vous soumet ;

2° Les avantages qu'il est disposé à attribuer à son opération.

Notions anatomiques. — Je ne crains pas de l'avancer, l'anatomie chirurgicale du pharynx respiratoire (arrière-narines, infundibulum pharyngien, partie supérieure du pharynx) et de la portion attenante de la base du crâne est tracée avec tant de négligence dans les auteurs qui sont entre nos mains, qu'il n'est pas malaisé de faire dans cette région des observations anatomiques nouvelles et importantes (1). M. Rampolla fait remarquer avec beaucoup de justesse

(1) Cette affirmation peut paraître irrévérencieuse à l'égard de nos anatomistes actuels. J'en ai commencé et j'en continue la démonstration devant la Société anatomique. Je crois y prouver que la partie supérieure du pharynx doit être décrite à nouveau, et surtout en ce qui concerne sa forme et ses rapports aux différents âges.

que, si l'on pénètre dans la cavité olfactive par la région lacrymale, c'est-à-dire à un niveau élevé de cette cavité, on arrive facilement, en progressant d'avant en arrière et de haut en bas, à la partie la plus élevée du pharynx, formée par la face inférieure du corps du sphénoïde et le sommet de l'apophyse basilaire.

Cette première donnée est incontestable ; car si l'on prolonge en avant par une ligne fictive la courbe à concavité antérieure formée par les faces pharyngiennes de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde, cette ligne atteindra précisément la gouttière lacrymale vers sa partie moyenne. On pourrait tirer parti de cette notion pour la section du pédicule exécutée d'avant en arrière, après avoir fendu la racine du nez (1) ; mais l'auteur en déduit l'application pratique suivante, relativement à la ligature, et sur laquelle j'appelle votre attention :

Supposons un polype fibreux, à pédicule médiocrement volumineux, inséré latéralement à la base du crâne dans la région sphéno-occipitale : si on peut l'entourer d'une anse coupante de nature quelconque, dont les chefs viennent se réunir dans une canule introduite par la gouttière lacrymale, et maintenue dans une direction telle qu'elle continue en avant le plan de la surface d'implantation, l'anse, en divisant d'arrière en avant le pédicule qu'elle étreint, suivra rigoureusement la surface sphéno-basilaire, abrasera exactement les os et détruira radicalement le parasite.

Théoriquement, et le squelette sous les yeux, la conclusion formulée par notre confrère me paraît exacte, et je reconnais qu'il a promulgué un précepte utile en recommandant de porter les instruments de ligature à un niveau des fosses nasales plus élevé qu'on n'a coutume de le faire. En effet, comment pratique-t-on la ligature dans le procédé ordinaire, c'est-à-dire en conduisant l'anse dans le pharynx par le nez ? On introduit la sonde de Belloc par l'ouverture des narines ; la présence du polype, remplissant plus ou moins complétement la cavité nasale, force le plus souvent l'instrument à suivre la face inférieure de cette cavité et à pénétrer dans le pharynx par la partie la plus déclive des arrière-narines. D'où résulte que l'anse, lorsqu'elle remplace la sonde, se trouve située entre la face antérieure

(1) Si, après avoir perforé la gouttière lacrymale, on pousse en arrière et un peu en bas une sonde cannelée introduite par la perforation, l'extrémité de l'instrument rase la face inférieure du corps du sphénoïde, et n'est arrêtée que par le plan vertical de l'apophyse basilaire.

du polype et la face pharyngienne du voile du palais sur laquelle elle repose; la canule, qui renferme les deux chefs, repose à son tour sur la face nasale de la voûte palatine, car la tumeur ne lui permet guère de s'élever vers la voûte crânienne. Alors on ouvre l'anse, on y engage le polype; puis on commence la section lente ou rapide, suivant qu'on se sert de la ligature ordinaire, ou qu'on adopte l'écrasement linéaire ou la galvano-caustique. Or l'anse, en se resserrant, marche toujours suivant une ligne droite étendue entre son sommet libre et le point où les deux chefs viennent s'engager dans la canule. Si ce dernier point (extrémité profonde de la canule) est situé trop bas, c'est-à-dire trop près du plancher nasal, ou, si l'on veut, trop loin de la base du crâne, la section portera sur le corps du polype, au lieu de suivre son plan d'insertion. Une portion du pédicule restera nécessairement, et l'épaisseur du cylindre fibreux, ménagé par l'anse coupante, sera exactement mesurée par la distance comprise entre deux plans plus ou moins parallèles, savoir, celui de la base du crâne et celui qu'aura suivi la section à travers le tissu morbide.

Cet inconvénient se retrouve dans tous les procédés de ligature, quelque ingénieux qu'on les suppose. Si on l'évite parfois, c'est que le hasard favorise l'opérateur, ou que l'embranchement nasal du polype permet d'élever davantage l'extrémité profonde de la canule; mais ces chances heureuses sont tout à fait fortuites. C'est donc en vain que dans la plupart des cas on emploiera des canules très-courbes, ou qu'on cherchera à élever jusqu'au contact avec la base du crâne la partie antérieure de l'anse. Ces précautions restent ordinairement vaines. Il me serait facile de le démontrer *à posteriori* en rappelant les cas très-nombreux où la ligature heureusement appliquée n'a excisé que le lobe pharyngien et a respecté le lobe nasal, ce qui indique péremptoirement que les insertions de ce dernier avaient échappé à la constriction. Voici certainement une des raisons qui expliquent l'insuffisance de la ligature, constatée si souvent par l'expérience.

Le procédé de M. Rampolla paraît au premier abord à l'abri de cette objection, car il assure à l'extrémité profonde de la canule une position suffisamment élevée pour que la partie antérieure du polype ne puisse se soustraire à l'action du fil. Est-ce à dire, pour cela, qu'il réalisera toujours la section complète et parviendra toujours, suivant les espérances de l'auteur, à raser partout les surfaces osseuses? Je ne puis le croire.

A la vérité, le malade de notre confrère ayant succombé quinze jours après l'opération, l'autopsie fut faite, et l'on constata que le

polype avait été bien détruit à son insertion ; mais en pareille matière, un fait isolé, vous en êtes convaincus comme moi, n'a qu'une signification restreinte, et si la destruction a été effectuée aussi heureusement du premier coup, il faut croire que les insertions du fibrome étaient disposées d'une manière singulièrement favorable à la réussite du procédé.

La relation extrêmement concise que l'auteur nous a donnée du fait clinique qui fait l'intérêt principal de son travail laisse le champ ouvert à toutes les hypothèses et montre bien qu'on ne devrait fournir à la science que des observations complètes (1). Cependant j'admets que, dans ce cas spécial, le procédé spécial ait été efficace : cela ne prouverait nullement qu'il en puisse être de même dans tous les cas.

En effet, pour que l'anse coupante puisse raser le polype à son insertion, il faudrait supposer que cette dernière a lieu toujours et uniquement à l'apophyse basilaire, comme c'était le cas, à ce qu'il paraît, dans l'observation précitée. Or, si une telle insertion aussi restreinte n'est pas impossible, je la crois au moins problématique, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps. Dans la grande majorité des cas, le pédicule, au début du moins, s'insère sur les côtés du pharynx et non sur la ligne médiane.

Or l'insertion latérale étant admise, tout polype ayant un pédicule gros comme le doigt (ce qui est rare, l'adhérence étant ordinairement plus large) s'attachera non-seulement à l'occipital, mais encore au corps du sphénoïde, à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et au vomer, c'est-à-dire sur une surface osseuse irrégulière, inégale, et dans ce cas, le procédé de M. Rampolla échouera comme les autres et sera impuissant à conduire l'anse coupante dans les replis d'un plan anfractueux, dont l'instrument tranchant lui-même aurait peine à suivre les méandres.

Vous comprenez qu'il en sera de même, et à plus forte raison si l'adhérence de la tumeur descend bas sur la cloison, sur l'apophyse

(1) Il est à regretter, en effet, que, ayant eu l'occasion assez rare d'examiner le point d'implantation, M. Rampolla ne nous ait donné que des détails anatomiques presque insignifiants, à force d'être courts. Il nous laisse ignorer également si le pédicule était gros ou mince, s'il s'insérait sur la muqueuse ou sur le périoste. Nous ne savons pas davantage quelles étaient les dimensions du lobe nasal et du lobe pharyngien : toutes ces omissions sont fort regrettables.

ptérygoïde, sur la paroi postérieure du pharynx, jusqu'au niveau des vertèbres cervicales, si elle s'étend dans la corne postérieure du pharynx en arrière, ou dans l'angle rentrant formé en avant par l'ethmoïde et le sphénoïde, si elle pénètre dans le sinus sphénoïdal, ou si elle a traversé la paroi latérale du pharynx ; si, enfin, elle a contracté des adhérences secondaires avec la pituitaire, le voile du palais, la paroi pharyngienne, etc. ; toutes variétés anatomiques qui sont loin d'être rares, et qui déjouent le plan des procédés réguliers conçus pour les cas simples (1).

En résumé, pour que l'anse coupante puisse raser la surface d'insertion, comme M. Rampolla le désire, il faut que cette surface soit plane ; il faut qu'avant d'être serrée cette anse touche par toute sa circonférence à la surface osseuse ; mais si un accident quelconque de l'insertion du polype empêche ces conditions d'être réalisées, on peut tenir pour certain que l'extirpation ne sera pas radicale.

Le succès opératoire obtenu par notre confrère ne me paraît point contredire l'opinion actuelle générale en ce qui concerne la ligature, et s'il est aujourd'hui un fait avéré, c'est que *cette méthode ne saurait, par quelque voie qu'elle soit portée, et par quelque procédé qu'elle soit exécutée, procurer la cure radicale des polypes naso-pharyngiens, si ce n'est à titre de rare exception.*

Mais vous direz peut-être que je sors de mon sujet : que la ligature n'est nullement en question, et qu'il ne s'agit ici que d'apprécier

---

(1) Malgré les efforts des anatomo-pathologistes modernes, nos connaissances sur l'insertion des polypes naso-pharyngiens sont très-incomplètes encore, et n'ont nullement cette précision si désirable pour guider la chirurgie et la médecine opératoire. On ne sait pas seulement si l'insertion a lieu sur la muqueuse ou sur le périoste, et il me semble qu'on a admis avec trop de facilité la constance de ce dernier point de départ Il est plus que probable qu'on a confondu jusqu'ici dans une même description plusieurs variétés très-distinctes au point de vue anatomique, savoir :

1° Des corps fibreux naissant des os de la base du crâne, et analogues à ceux qui se développent dans les os maxillaires ;

2° Des tumeurs fibreuses du périoste refoulant devant elles les parois du pharynx ;

3° Enfin, des polypes fibreux naissant directement du derme épais de la muqueuse pharyngienne.

Si l'on me demandait, à la vérité, la démonstration rigoureuse des espèces que je cherche à établir ici, je serais embarrassé de la fournir, j'en conviens ; mais tout me porte à croire que l'anatomie pathologique justifiera la distinction que je ne fais qu'entrevoir.

la valeur de la nouvelle opération préliminaire. A quoi je répondrai que tout s'enchaîne dans des opérations de ce genre, et que, la perforation de l'os lacrymal ne pouvant servir comme opération préparatoire qu'à la seule méthode de la ligature, je ne puis séparer le prologue de l'acte fondamental lui-même.

Si je rejette ce dernier, naturellement je rejette aussi un procédé qui n'est créé que pour lui. Ce qui ne m'empêche pas, prenant le bien où il se trouve, d'accepter cette donnée anatomique : *qu'une ouverture pratiquée aux fosses nasales, au niveau de la gouttière lacrymale, conduit par une voie courte et directe à la surface sphéno-basilaire.*

Le fait de M. Rampolla se présente à vous sous un double aspect.

C'est à la fois un succès comme opération et un revers comme traitement. La voie insolite qu'on a ouverte n'est pour rien dans l'issue fatale, et c'est à la section lente, à l'absorption de matières putrides qu'incombe toute la charge de la terminaison funeste. C'est un cas de plus à ajouter au long martyrologe de la ligature. En condamnant d'une façon presque absolue cette méthode, j'ai eu soin de ne pas confondre les diverses objections qu'on lui a adressées, et qui peuvent se ranger sous trois chefs.

1° Difficultés d'exécution souvent très-grandes, parfois insurmontables.

2° Impuissance presque constante à réaliser une éradication complète, quand bien même le fil a été heureusement conduit autour de la tumeur.

3° Dangers immédiats suivant de près l'exécution, et dangers tardifs inhérents à la manière dont s'obtient la séparation du polype, c'est-à-dire provoqués par la mortification et la section lente de ce dernier.

Tous les arguments qui précèdent ne s'appliquent qu'à la ligature envisagée comme méthode d'exérèse. Si j'avais confondu ensemble l'application du moyen, son action et ses conséquences, l'auteur aurait pu sans peine écarter l'objection en disant qu'instruit par un revers, il avait déjà songé à substituer à la périlleuse section lente l'excision rapide, dépourvue de gravité, en remplaçant le fil de soie ou d'argent par la chaîne de l'écraseur linéaire. J'ai, en effet, mis sous vos yeux un petit écraseur linéaire ingénieusement approprié à la région, et qui permettra sans doute de diviser sans coup férir et promptement tous les polypes qu'on pourra étreindre dans l'anse de la chaîne.

Cette modification, qui, du reste, n'est pas nouvelle, mérite d'être examinée.

Nous savons tous que M. Chassaignac a proposé depuis longtemps l'emploi de sa méthode dans le cas spécial que nous étudions.

M. Desgranges (de Lyon) s'est servi, dit-on, avec avantage de l'écraseur dans les polypes de la gorge.

M. Maisonneuve, deux fois déjà à ma connaissance, a porté sur ces polypes le gros fil de fer qu'il préfère à la chaîne articulée ; MM. Foucher, Velpeau, Nélaton et autres sans doute ont suivi les mêmes errements.

Dès l'année 1853 notre éminent collègue M. Middeldorpff (de Breslau), préoccupé à bon droit des accidents propres à la ligature lente, a mis en usage la section rapide à l'aide du fil de platine incandescent.

De sorte qu'aujourd'hui l'ancienne ligature paraît tout à fait détrônée, comme elle mérite de l'être, par les procédés expéditifs modernes. A mon avis, cette substitution est excellente, mais simplement comme mode de section préférable à l'action du fil ou à l'instrument tranchant. Que là où jadis on passait un lien, on passe maintenant la chaîne brisée ou l'anse de platine du galvano-cautère, rien de mieux ; mais on ne peut voir dans ce changement d'agents constricteurs une méthode particulière dans le sens littéral qu'on doit réserver à ce mot.

Tout bien pesé, l'action de l'écrasement linéaire ou de la galvanocaustique suppose toujours l'exécution d'un temps préalable qui consiste à porter la chaîne ou le fil de platine sur un pédicule naturel ou artificiel. Ce premier temps ne diffère pas essentiellement de celui qui, dans la ligature ancienne, avait pour objet de placer l'anse sur la tumeur. D'où résulte :

1° Que partout et dans tous les cas où la ligature ordinaire serait inexécutable (et ces cas sont très-nombreux dans l'histoire des polypes naso-pharyngiens), l'écraseur linéaire et l'anse galvanique seraient inapplicables à leur tour ;

2° Que partout et dans tous les cas où la ligature ordinaire, bien qu'heureusement portée sur le polype, ne le retrancherait qu'incomplétement pour les motifs divers que j'examinais plus haut, l'écraseur et le fil galvanique se montreraient tout aussi insuffisants et inefficaces.

En résumé, l'opération de M. Rampolla, ainsi modifiée, peut se définir : *Un procédé de ligature favorisé par une opération préliminaire*

appartenant à la voie nasale, et rendu plus prompt et moins grave par l'emploi de l'écrasement linéaire.

Cet énoncé suffit pour montrer qu'elle n'échappe pas aux objections générales que je faisais plus haut à la méthode.

Je passe à une autre question relative à la direction dans laquelle il est préférable d'aborder le polype qu'on veut détruire.

Le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte renferme une autre remarque que je crois utile de mettre en relief; elle dérive de l'anatomie normale et pathologique, sources toujours fertiles en enseignements pratiques. Considérant que la voûte naso-pharyngienne offre une concavité qui regarde en bas et en avant, M. Rampolla en conclut qu'un polype né de la partie latérale de cette voûte se développe nécessairement en bas et en avant, et que son axe, quoique plus ou moins dévié par la résistance des parois osseuses voisines, sera toujours plus ou moins parallèle à celui de la cavité en question, ou, si l'on veut, perpendiculaire à la surface d'implantation. Cette proposition, un peu modifiée, me paraît juste, et j'admets volontiers que, l'implantation ayant lieu à la base du crâne, cette base elle-même étant sensiblement horizontale, l'axe du polype sera à peu près vertical, ou, pour parler plus rigoureusement peut-être, parallèle au bord postérieur du vomer, légèrement oblique, comme chacun sait.

« Dans ces circonstances, ajoute l'auteur, un procédé destructeur quelconque ne saurait réussir s'il agit tout à fait horizontalement ou tout à fait verticalement. En d'autres termes, l'extirpation serait toujours incomplète si l'on attaquait le polype perpendiculairement ou parallèlement à son axe. »

Je prendrai deux exemples pour mieux faire saisir la proposition précédente. Je suppose, dans le premier, qu'on coupe le polype d'avant en arrière avec un instrument tranchant conduit dans un plan parallèle à la voûte palatine jusqu'à la rencontre de l'apophyse basilaire. On retrancherait, à la vérité, la plus grande partie de la tumeur, mais on ménagerait certainement la partie antérieure du pédicule. Si on procède de bas en haut, comme cela a lieu dans les procédés de la voie buccale, c'est le sommet du polype ou l'extrémité de son axe qui se présente à la vue, et l'on arrive difficilement au lieu d'insertion, dont on est séparé par toute l'épaisseur de la tumeur.

Si, au contraire, on agit d'avant en arrière, d'arrière en avant dans une direction mixte, c'est-à-dire oblique, comme l'est la voûte naso-pharyngienne elle-même, on arrivera naturellement à diviser le pédicule au lieu précis où il s'attache sur le squelette.

Tel est le raisonnement de M. Rampolla ; il l'applique à l'exécution de la ligature, qu'il préconise ; et de mon côté, j'en vais tirer un enseignement utile pour l'extirpation. Les opérations préliminaires des méthodes nasale et faciale conduisent à la partie antérieure du pédicule du polype, qu'on peut attaquer aussi d'avant en arrière ; à la vérité, on rencontre bien sur sa route des lobes ou embranchements secondaires qui remplissent les fosses nasales et qui se présentent par leur sommet ou extrémité libre. Mais ces embranchements excisés, on arrive toujours à la souche de la tumeur, qu'il est possible de déraciner au lieu même de son adhérence, en suivant avec plus ou moins de peine les anfractuosités de la base du crâne ; c'est là, il faut le dire, l'immense avantage qu'offre au chirurgien la résection préalable du maxillaire supérieur. Le doigt et l'œil conduisent la main, et dès qu'on est arrivé sur la partie antérieure du fibrome, on est sûr d'atteindre ses limites les plus reculées, en procédant toujours dans une direction précise et déterminée à l'avance.

A l'ampleur près, la voie nasale offre les mêmes avantages, et quand on a ouvert le nez dans une étendue suffisante, ou quand le lobe nasal lui-même a écarté suffisamment les fragiles lamelles de l'ethmoïde et les cornets, le doigt et par conséquent les instruments arrivent assez aisément sur le siége de l'insertion.

Sous ce rapport, la voie buccale offre une infériorité manifeste. Fait-on la boutonnière staphyline, la section médiane du voile du palais, la boutonnière staphylo-palatine, ou la résection de la voûte osseuse, on tombe toujours sur la masse centrale, sur la portion la plus épaisse du polype, qui, pour peu qu'elle soit volumineuse, obture complétement la voie qu'on vient d'ouvrir. On ne peut songer ici à atteindre d'emblée le pédicule ni par la partie antérieure ni par la partie postérieure ; il faut se contenter de reséquer les lobes secondaires, après quoi on détruit comme on peut la souche commune, en la coupant par tranches, en la creusant, en l'arrachant ; et comme il est presque impossible d'arriver dans une seule séance d'une opération si laborieuse à une éradication complète, on remet à d'autres moments et l'on confie à d'autres méthodes la destruction radicale du mal.

Les comparaisons vulgaires traduisent quelquefois bien les pensées, je m'en permettrai une. J'assimilerai donc le chirurgien qui opère d'avant en arrière et celui qui opère de bas en haut à deux bûcherons voulant abattre un arbre, l'un en portant la cognée au niveau du sol, l'autre commençant par la cime, coupant d'abord les rameaux et

les branches, et descendant ainsi progressivement du sommet de la tige jusqu'au point où elle s'enfonce dans la terre.

Mais j'ai promis de ne pas me laisser emporter trop avant dans la question générale, et je vois que je transgresse mon programme. J'y reviens donc. M. Rampolla, préoccupé des dégâts considérables et malheureusement trop réels que laissent après elles les principales opérations préliminaires connues, a cherché à diminuer les désordres. Aussi insiste-t-il sur le peu d'étendue du traumatisme, sur le peu d'importance des parties intéressées dans son procédé, sur la guérison facile de la plaie extérieure, enfin sur l'absence d'une difformité consécutive quelconque stigmatisant le visage ou exigeant ultérieurement l'intervention de l'anaplastie ou le secours de la prothèse. « Nous croyons, dit M. Rampolla, avoir rendu l'opération des polypes naso-pharyngiens plus simple, plus facile, plus innocente. »

Certes, si nous étions en possession d'une méthode d'exérèse assez sûre pour qu'après la chute de la tumeur on pût compter sur la guérison radicale, nul doute qu'on ne dût se montrer très-économe des organes sains et qu'on ne dût donner la préférence aux voies étroites sur les voies larges. Par malheur, il n'en est pas ainsi ; l'expérience prouve sur ce point deux choses bien importantes à connaître :

1° Les chances de guérison radicale primitive paraissent en raison directe de la grandeur des sacrifices ; ce qui revient à dire que les opérations préliminaires les plus barbares en apparence, celles où l'on associe les larges incisions avec les larges résections, puis le fer avec le feu ; celles où le sang coule à flots pendant un laps de temps assez court, mais terrible, offrent précisément les plus grandes chances de réussite. Les méthodes douces, comme la ligature ; les opérations préliminaires restreintes, comme les petites incisions, les résections partielles, les boutonnières, sont le plus souvent au contraire suivies de récidives qui deviennent inaccessibles à l'art, ou exigent alors les mutilations les plus étendues.

La seconde chose que l'expérience démontre encore, non sans provoquer la surprise, c'est que, si l'on met de côté les difformités consécutives et les chances de cure radicale, pour ne placer dans la balance que le salut des opérés, les méthodes douces et les opérations préliminaires restreintes paraissent entraîner avec elles plus de dangers de mort. A la vérité, les chiffres ne sont pas assez nombreux pour que l'on puisse établir d'une manière certaine une échelle de gravité ; mais, jusqu'à présent, l'innocuité relative a été du côté des mutilations étendues.

Le procédé de M. Rampolla est employé une fois, et suivi de mort.

La boutonnière staphyline vient d'être récemment en France cinq fois pratiquée, il y a eu un cas de mort.

L'opération de Manne a été aussi suivie d'issue funeste, ne fût-ce que dans un cas que j'ai emprunté à Dieffenbach, et dans un autre dont j'ai été témoin et qui n'a pas été publié.

Le procédé de M. Nélaton, lui aussi, compte des revers ; sur les six premiers opérés, deux moururent.

M. Velpeau, tout récemment, sans user d'opérations préliminaires, résèque la partie saillante d'un polype naso-pharyngien ; l'opéré succombe.

La résection partielle de la mâchoire, elle aussi, a eu ses revers, et je n'ai pas besoin de rappeler combien de fois la ligature a été suivie d'une issue funeste.

En revanche, et qui le croirait sans preuves ? la résection totale de la mâchoire a été, à ma connaissance, pratiquée dix fois pour faciliter l'extirpation des mêmes polypes naso-pharyngiens, et l'on n'a pas eu encore à déplorer la mort d'un seul malade par le fait même de l'opération.

Si des chiffres plus nombreux arrivaient à confirmer cette anomalie apparente de mutilations étendues, plus bénignes que des opérations restreintes, on pourrait chercher à se rendre compte de ce résultat singulier à première vue ; peut-être faut-il différer son jugement, mais il est permis cependant de faire dès à présent une remarque générale.

Pour bien d'autres opérations que celle qui nous occupe, les chirurgiens ont été et sont encore divisés. Les uns, craignant à bon droit le traumatisme et ne voulant pas ajouter aux dégâts causés par la lésion des dégâts nouveaux causés par le chirurgien, donnent une préférence presque exclusive aux opérations pratiquées par les voies naturelles. Si pourtant ils sont forcés d'ouvrir avec le fer une voie artificielle, ils cherchent à la restreindre le plus possible ; ils ménagent la peau, côtoient les muscles, et, par une voie étroite, longue et tortueuse, arrivent enfin au théâtre réel du mal. Certes on peut lier une artère à l'aide d'une incision de quelques centimètres, réséquer une articulation par une section cutanée unique, et, bon gré, mal gré, extraire un corps étranger par l'ouverture d'une boutonnière qu'on violente. Mais les opérations sont laborieuses, les désordres, pour être cachés ou involontaires, n'en existent pas moins. Les extirpations, qui devraient être radicales, restent incomplètes. Enfin, l'in-

siste sur ce point, les séances sont longues ou doivent être répétées.

D'autres praticiens envisagent autrement les nécessités cruelles de la médecine opératoire, et ne marchandent guère avec elle une fois qu'ils ont reconnu l'impossibilité d'arriver facilement par ses voies naturelles et la nécessité de recourir à l'opération préliminaire. Extirper radicalement les tumeurs, extraire sans trop de labeurs les corps étrangers, atteindre sans hésitation les vaisseaux qu'il faut lier et les pièces osseuses qu'il faut retrancher, faire des séances opératoires courtes, mais décisives, tel est le but principal qu'ils recherchent.

Nous pourrions trouver dans l'histoire de la taille, des résections, des ligatures, des corps étrangers, de l'extirpation des tumeurs, ces deux principes incessamment en présence et en lutte; mais nulle part plus sérieusement peut-être que dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, et dans le sein même de cette Société. Sans compter les méthodes simples non sanglantes et celles qui n'agissent que par les voies naturelles, c'est-à-dire la ligature, le broiement, l'arrachement, la torsion, l'excision, les trois méthodes composées que nous avons établies suivant la voie que trace l'opération préliminaire ont chacune leurs procédés *parcimonieux* et leurs procédés *prodigues*.

Pour la méthode faciale, on n'a qu'à comparer l'ablation totale de l'os avec la simple trépanation du sinus maxillaire. Pour la méthode buccale, les uns résèquent largement la voûte après avoir fendu en deux le voile du palais, tandis que les autres font une boutonnière dans la valvule pharyngienne; enfin, tandis que les chirurgiens timides se contentent de fendre les parties molles du nez, d'autres, plus hardis, divisent résolûment cet organe du front jusqu'à la lèvre, et au besoin agrandissent encore l'orifice en retranchant les os propres et l'apophyse montante. Tout en proportionnant, bien entendu, la largeur de la voie à la position et au volume de la tumeur, votre rapporteur adopte sans hésiter le principe des opérations préliminaires larges, qui donnent au chirurgien ses coudées franches, qui permettent de voir et de toucher, de détruire le mal en une seule fois, ou tout au moins dans un petit nombre de séances.

Le procédé de M. Rampolla est un type d'opération préliminaire parcimonieuse; ses avantages se réalisent aux dépens de la facilité et de la sûreté de l'exécution. Si je ne songe point à les contester, je suis porté, d'autre part, à en tenir peu de compte; car, me plaçant à un tout autre point de vue que l'auteur, je me préoccupe beaucoup moins d'une bénignité momentanée que des suites ultérieures et des chances si menaçantes de récidive.

Or cette récidive, si redoutable, si menaçante, suite presque fatale des extirpations incomplètes, nous ne pouvons la conjurer que de deux manières : ou par l'excision difficile de la tumeur tout entière, ou par un traitement consécutif prolongé, dont la cautérisation fait les frais, et, quelle que soit celle de ces deux pratiques que l'on adopte, il faut toujours mettre à nu le polype, toujours porter les agents destructeurs dans les points reculés de la face, et pour cela toujours il est besoin de larges voies préliminaires.

Si l'on doit résolûment défendre les propositions invraisemblables quand elles sont vraies, il faut pourtant s'efforcer de fuir le paradoxe ou s'appliquer du moins à en donner l'explication. Mettant tout à l'heure en parallèle la résection totale de la mâchoire avec des opérations beaucoup plus restreintes, j'arrivais à dire qu'on guérissait plus de malades avec la première de ces opérations préliminaires qu'avec les autres. Le paradoxe consisterait à dire que l'ablation du tiers du squelette facial avec ses longues incisions et ses larges dissections est moins grave que les mutilations n'intéressant que quelques lamelles osseuses qu'on découvre à peu de frais : aussi n'est-ce point là ce que je soutiens ; mais si en revanche je démontre que les grands dégâts ne sont guère plus graves que les petits ; si je démontre encore que les opérations préliminaires, quelles qu'elles soient, doivent être exonérées du reproche de mortalité ; si, enfin, les faits à la main, je prouve que la mort est à peu près toujours causée par l'opération fondamentale, surtout si elle n'est pas radicale du premier coup, et aussi par les accidents consécutifs qu'elle provoque ; si j'arrive, dis-je, à vous faire partager sur tous ces points ma conviction, je ne vois pas, en dehors de la difformité, ce qui pourrait vous faire hésiter, à bénignité égale, entre des voies larges qui facilitent l'exécution en assurant le succès, et des voies étroites qui, rendant la tâche très-laborieuse, donnent des résultats incertains, longtemps entourés d'ailleurs de périls trop réels (1).

Ce rapport est déjà bien long, Messieurs, et cependant je ne voudrais pas, en m'arrêtant ici, vous laisser croire que, méprisant les tendances conservatrices, je n'accorde mes sympathies qu'à ces procédés cruels qui sacrifient une partie du squelette de la face et lais-

---

(1) Est-il nécessaire de rappeler en faveur du peu de danger des opérations préliminaires, que l'arrachement et la ligature pratiqués sans leur secours sont précisément les méthodes les plus meurtrières ?

sent après eux des traces indélébiles (1). Permettez-moi donc de vous dire brièvement comment je conçois le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens.

Je crois fermement qu'il faut chercher surtout à faire du premier coup, dans une seule séance ou dans des séances peu nombreuses et peu distantes, l'extirpation radicale du polype.

Je crois encore que, pour arriver à ce but, il ne faut pas marchander trop avec les tissus sains, et que, sans faire le superflu, il faut se résigner au nécessaire. Mais, en revanche, je pense qu'on peut à la fois rendre les opérations préliminaires moins dévastatrices, les opérations fondamentales plus promptes et moins graves, en profitant de certains progrès récents de la chirurgie, que je vais examiner sommairement.

Tout en donnant à la voie préparatoire toute l'ampleur nécessaire, on atténuera les difformités consécutives, en comblant le plus tôt possible les brèches ouvertes : ce qui se fait en déplaçant, sans les sacrifier, les parties osseuses qui masquent l'abord du polype.

Je fais allusion à des procédés dans lesquels les os sectionnés linéairement, et non réséqués, restent adhérents aux membranes qui les revêtent, et conservent ainsi des moyens de nutrition suffisants. Dès lors il devient possible d'ouvrir la face, de pénétrer dans sa profondeur, puis, le polype détruit, de replacer les pièces osseuses écartées, comme on le faisait autrefois pour les simples lambeaux tégumentaires.

L'idée de tailler des lambeaux ostéo-cutanés date déjà d'assez loin. Dans cette enceinte même, elle a été produite par deux de nos collègues, MM. Chassaignac et Huguier. Si je ne me trompe, ils ont même réalisé en pratique cette conception, aussi ingénieuse que rationnelle. Enfin, tout récemment, un célèbre chirurgien étranger, M. B. Langenbeck, vient de publier une observation d'ostéo-plastique des os nasaux, habilement pratiquée dans une opération nécessitée par un po-

(1) Les opérations préliminaires à voie étroite peuvent convenir aux cas où le polype est peu développé, et s'appliquer par conséquent lorsque le diagnostic, exactement établi, a reconnu une implantation circonscrite et peu étendue. Ainsi, dans certaines circonstances, l'opération de Manne ou toute autre pourra réussir. On peut exprimer sommairement cette idée, en disant qu'il faut *proportionner l'ampleur de la voie à la disposition anatomique de la tumeur*, et qu'une opération préliminaire, grande ou petite, est indiquée, pourvu qu'elle soit *suffisante.*

lype fibreux du nez. Je crois voir dans ces premiers essais le germe d'améliorations très-importantes.

Je passe aux moyens de rendre l'opération fondamentale plus prompte et moins grave. Les avis sont fort partagés en ce qui touche le temps nécessaire à l'extirpation. Les uns veulent terminer l'opération du même coup, les autres multiplient les séances d'une manière indéfinie, de façon que le traitement peut durer plus d'une année.

Cela dépend de la méthode qu'on emploie pour détruire le corps fibreux ; ceux-ci préfèrent l'instrument tranchant, ceux-là la cautérisation actuelle ou potentielle répétée.

Les partisans de la cure lente s'alarment surtout de l'hémorrhagie et des accidents primitifs qui accompagnent les opérations sanglantes ; ils nient la possibilité de l'extirpation complète dans une seule séance.

Les partisans de la cure rapide croient, au contraire, cette extirpation très-réalisable ; ils redoutent, à la vérité, les accidents primitifs, mais s'inquiètent bien plus encore des accidents consécutifs, dont leur manière de faire les met mieux à l'abri.

Ils pensent que les extirpations incomplètes volontaires, que la multiplicité des séances, qui tient le malade indéfiniment soumis aux influences nosocomiales et aux dangers inséparables des plus petits actes opératoires, que les cautérisations réitérées, pratiquées souvent à l'aventure, surtout quand les voies préliminaires sont étroites, et entretenant à l'entrée des voies digestives un foyer permanent de putréfaction, sont autant de circonstances défavorables qui, additionnées, contre-balancent et dépassent même la somme des chances funestes créées par les tentatives d'extirpation radicale extemporanée.

Vous savez déjà, Messieurs, que les deux doctrines si opposées que je viens d'esquisser ont leurs représentants principaux dans la personne de deux de nos collègues qui jouissent à un égal degré d'une réputation justement acquise. M. Nélaton est pour la cure lente ; il croit la récidive à peu près fatale après les opérations ordinaires ; aussi proclame-t-il la nécessité de tenir longtemps en observation le point d'implantation du polype après qu'on a longuement cautérisé la racine de la tumeur.

M. Robert, qui pense que l'ablation totale est possible à travers des voies préliminaires suffisamment larges, n'est pas aussi obsédé du fantôme de la récidive. Il professe que celle-ci n'est pas aussi commune ni aussi redoutable qu'on le veut bien dire, et enfin il ajoute que les cautérisations interminables, outre qu'elles ne sont point

innocentes, sont loin de remplir le but qu'elles promettent d'atteindre, c'est-à-dire l'assurance contre la repullulation.

Si mon espoir n'est pas déçu, vous entendrez ces deux maîtres discuter devant vous leurs doctrines respectives, et vous verrez sans doute sinon disparaître, du moins s'atténuer leurs dissidences. Celles-ci me paraissent entretenues plutôt par un malentendu que par une différence d'opinion radicale. Tous deux, en effet, reconnaissent la nécessité de détruire complétement la tumeur ; tous deux admettent également qu'une opération préliminaire est absolument indispensable. Ils cessent seulement d'être d'accord sur le choix de l'opération fondamentale. M. Robert n'ouvre une voie que pour extirper le polype, M. Nélaton que pour le consumer lentement. D'autres ont fait servir l'acte préparatoire à l'exécution de l'arrachement ou de la ligature, d'où il ressort bien manifestement que la discussion doit essentiellement porter sur la préférence qu'il faut donner à telle ou telle méthode d'exérèse sur les autres.

Pour moi, je ne crois pas devoir m'interposer entre deux autorités semblables, encore bien moins juger leurs arguments. Cependant, comme mes recherches m'ont spontanément rendu partisan de l'extirpation temporaire, je vais ici, et sous ma propre responsabilité, exposer quelques-uns des motifs de mon option.

J'emprunte d'abord un argument à l'histoire générale des tumeurs.

Contrairement à l'idée généralement adoptée, et qu'on retrouve dans tous nos livres classiques, je ne crois guère à la dégénérescence cancéreuse, squirrheuse ou autres des polypes naso-pharyngiens. Les recherches modernes ont fait justice de cette erreur, facile à expliquer, et qui a dû bien souvent, autrefois, arrêter la main des chirurgiens. Les polypes naso-pharyngiens appartiennent essentiellement à la classe des fibromes à divers degrés d'évolution.

C'est assez dire qu'on en peut espérer la guérison radicale par une extirpation complète. S'il est une espèce de tumeur qui admette la destruction radicale, immédiate, c'est à coup sûr la tumeur fibreuse. D'une façon générale, l'ablation lente et progressive d'un mal de ce genre paraît donc un véritable contre-sens. On sait encore que les cautérisations incomplètes et réitérées, pratiquées sur un néoplasme quelconque, favorisent bien souvent son accroissement et lui communiquent une impulsion nutritive des plus énergiques. Sous ce rapport, les polypes fibreux sont de véritables *noli me tangere*; aussi M. Robert me paraît-il avoir émis une idée très-logique en proscrivant de tourmenter incessamment le lieu d'insertion et les récidives

stationnaires. Certes, s'il était catégoriquement démontré que l'extirpation complète immédiate exposât davantage la vie des opérés que les destructions lentes, nul doute qu'il ne fallût l'abandonner comme méthode générale. Mais si c'est le contraire que les faits viennent nous prouver, il me semble indiqué de faire rentrer la cure des polypes naso-pharyngiens dans les règles générales qui président au traitement des tumeurs fibreuses. Ceci dit, je pose deux questions majeures :

1° *Est-il possible de pratiquer l'extirpation radicale en une seule séance?* Oui, certainement, si l'on ouvre une voie préliminaire assez large, si l'on emploie un procédé qui, sans s'arrêter aux lobes secondaires, conduit au pédicule et permet de l'aborder d'avant en arrière, si on peut suivre avec les yeux et le toucher la marche des instruments, si, au besoin, on touche libéralement le lieu d'implantation avec le fer incandescent ou un caustique prompt et énergique.

A ceux qui continueraient à nier la possibilité d'enlever tout le mal d'un seul coup, je citerais des faits très-authentiques après lesquels la guérison ne s'est pas démentie.

2° *Doit-on toujours terminer l'opération en une seule séance?* — Evidemment non. S'il survient certains accidents intercurrents, ou si l'état général du malade interdit les séances trop longues, et la perte d'une notable quantité de sang. Je ne suis donc pas opposé quand même aux opérations en plusieurs temps, mais ceci demande quelques explications. L'extirpation complète d'un polype naso-pharyngien se compose de trois actes : l'opération préliminaire, l'opération fondamentale, l'opération complémentaire ; on peut successivement les pratiquer toutes les trois ; mais on peut aussi s'arrêter en route et n'en pratiquer qu'une ou deux à la fois, à la condition de les faire succéder rapidement.

Ainsi, après avoir pratiqué l'opération préliminaire, on attendra au lendemain pour attaquer le polype ; ou bien, si, pour diviser les parties saines et exciser le fibrome, la séance a été longue et laborieuse, si le malade a perdu beaucoup de sang, s'il a une syncope, si on soupçonne qu'il reste quelques fragments de la tumeur, on remettra aux jours suivants l'opération complémentaire.

L'hémorrhagie me paraît être l'accident qui autorise le plus le chirurgien à scinder ainsi l'opération; elle se présente fréquemment et provient de plusieurs sources; elle est due à la vascularité considérable des parties sur lesquelles on agit, et la gêne de la respiration que la plupart des malades accusent doit la rendre plus intense encore. Le sang coule par la surface du polype, qui saigne souvent au moin-

dre contact, par les piqûres, incisions, déchirures qu'on fait à la tumeur en la saisissant avec des pinces, en la tiraillant, en la coupant morceau par morceau, enfin par les parois des cavités distendues par le fibrome et qu'on blesse incessamment par l'introduction réitérée des instruments ; mais les parties divisées, en faisant l'opération préliminaire, peuvent fournir aussi un écoulement sanguin abondant. Si cette circonstance se présente, il me paraît nécessaire d'en rester là et de ne pas faire la moindre manœuvre sur le polype lui-même.

C'est une notion vulgaire que les sections pratiquées dans le corps ou sur les embranchements des polypes fournissent une hémorrhagie abondante, et j'ajoute qu'en irritant, en blessant la tumeur et les parties qui la renferment, sans effectuer l'extirpation, on peut donner naissance à une tuméfaction considérable du reste de la masse morbide et à des inflammations très-redoutables.

On ne devra donc toucher au polype que lorsqu'on sera en mesure de le détruire complétement sans désemparer. C'est de cette façon que j'entends les opérations en plusieurs temps ; car je crois être en mesure de démontrer le danger très-réel des opérations fondamentales qui restent inachevées.

L'hémorrhagie est certainement l'accident le plus redoutable de l'extirpation. Si elle cause rarement la mort immédiate, elle peut y conduire plus tard, car elle jette l'opéré dans un état général grave, qui le rend très-accessible aux accidents septiques, aux fièvres de mauvaise nature, à la phlébite, etc., qui peuvent l'enlever dans les jours consécutifs.

Certes, on ne peut nier que la destruction de la tumeur avec l'instrument tranchant n'y prédispose beaucoup, tandis que l'emploi des caustiques rassure le chirurgien à cet égard. Les précautions que je viens d'énumérer sont certainement de nature à atténuer notablement cet accident, mais on peut faire plus encore.

J'ai déjà parlé plus haut du parti avantageux qu'on pourrait tirer en pareil cas de l'écraseur linéaire et du galvano-cautère. La tumeur mise à découvert par une opération préparatoire suffisante, on glisserait, soit autour du pédicule, si on pouvait l'atteindre du premier coup, soit autour des lobes secondaires qui le masquent, la chaîne articulée ou le fil de platine ; puis on procéderait à la section, en suivant des règles que je n'ai pas à rappeler ici ; cette section s'effectuerait sans perte de sang, sans violence exercée sur les parois de la cavité contenante, et sans grande douleur pour le malade. J'ajoute qu'elle ne demanderait pas beaucoup de temps. Car on peut comparer,

quant à la structure, les polypes naso-pharyngiens au tissu du col utérin hypertrophié ou atteint de maladies organiques, et je crois qu'en moins de dix minutes on couperait un pédicule très-volumineux sans provoquer la moindre hémorrhagie.

En supposant que le passage de la chaîne ou de l'anse de platine présentât, malgré le secours de l'opération préliminaire, de trop grandes difficultés, on pourrait se servir du galvano-cautère à la manière d'un instrument tranchant, et procéder comme dans l'extirpation des tumeurs. Si on avait pratiqué la voie par le nez ou la face, on porterait le cautère coupant directement sur la base du crâne, c'est-à-dire sur la surface sphéno-basilaire, et on raserait ainsi le plan d'insertion de la tumeur.

La cavité naso-pharyngienne étant déblayée de la totalité ou de la plus grande partie du fibrome, on toucherait la surface d'implantation et les points suspects avec le cautère galvanique, de façon à détruire les racines du mal, comme on a coutume de le faire souvent avec le fer rouge.

Il est inutile d'insister sur la préférence à donner au bouton galvanique sur le fer rouge ordinaire, dont l'emploi, plein de difficultés, d'incertitudes, je dirai même de dangers, dans cette région profonde, exige d'ailleurs une précipitation très-nuisible à la perfection des résultats (1).

Je n'entends nullement dire que l'extirpation radicale, exécutée par la combinaison de ces moyens, deviendra une opération simple et aisée. Tout chirurgien qui entreprend la cure d'un polype naso-pharyngien doit s'attendre à rencontrer des difficultés sérieuses ; il doit se préparer à un des drames chirurgicaux les plus pénibles et les plus émouvants.

Une seule considération serait de nature à me faire abandonner les règles de conduite que je viens d'émettre, ce serait la certitude que l'extirpation rapide expose plus que la destruction lente la vie des

(1) Je n'ignore pas qu'on a déjà employé la galvano-caustique sans en être satisfait, mais c'était par la voie buccale, sans voir ce qu'on faisait, et peut-être aussi avec des instruments d'une énergie insuffisante. C'est comme ligature ou comme bistouri qu'il faut l'utiliser, et non pour détruire des masses profondes. Il est important de noter que, la chaleur développée par le platine incandescent rayonnant beaucoup moins que celle qu'émettent les cautères au fer rouge, on n'a pas autant à redouter le voisinage de la base du crâne.

opérés; mais, je ne crains pas de le répéter, jusqu'à présent les faits tendent à établir le contraire et à prouver que les grandes mutilations de la face jouissent d'une innocuité qui surprend tout d'abord, mais qui ne saurait être mise en doute. Les relevés d'amputation du maxillaire supérieur sont là pour le prouver, et il me semble que mieux vaut guérir un malade avec quelques fragments osseux de moins, que de le laisser partir pour l'autre monde avec quelques apophyses de plus.

La considération des difformités consécutives est évidemment d'importance secondaire dans des affections nécessairement mortelles par elles-mêmes, et après des opérations curatives qui comptent parmi les plus sérieuses de la chirurgie.

Il est un dernier point, Messieurs, sur lequel je veux provoquer la controverse, c'est celui du choix motivé entre les différentes opérations préliminaires. Je me suis assez catégoriquement prononcé sur les procédés à voie étroite pour n'y plus revenir; mais chacune des méthodes nasale, faciale et buccale compte des procédés à voie spacieuse, propres par conséquent à permettre l'extirpation rapide que j'ai admise en principe. Je vais donc vous présenter quelques *réflexions susceptibles de servir de guide pour l'adoption de telle ou telle voie.*

Déjà MM. Michaux et Robert, dans leurs écrits, se sont prononcés pour un sage éclectisme. Les élèves de M. Nélaton, au contraire, allant plus loin sans doute que leur maître, ont avancé que la résection de la voûte palatine pouvait suffire à tous les cas, et remplacerait avec avantage tous les autres procédés.

Il est évident qu'avec un parti pris, on en pourrait dire autant de la large fente du nez et à plus forte raison de l'extirpation du maxillaire supérieur. Une doctrine aussi exclusive est contraire au progrès de la question, et, pour ma part, je ne saurais l'accepter. Opérer par telle ou telle voie ne me paraît pas devoir être une pure affaire de goût, et des raisons sérieuses peuvent et doivent faire varier beaucoup la résolution du chirurgien (1).

Deux indications souvent contraires sont également impérieuses et

(1) Nous ne cachons pas le vif désir que nous avons d'entendre M. Nélaton lui-même se prononcer sur ce point. Si nous provoquons de la part de ce chirurgien éminent des explications précises et explicites, nous croirons avoir, par cela seul, servi beaucoup à l'élucidation de ce point si intéressant de pratique.

légitimes. Il faut créer une large voie, et cependant ménager le plus possible les parties saines, et cela pour arriver par la voie la plus directe au pédicule. Il en résulte tout d'abord que, suivant la position de ce dernier, moins précise qu'on ne le dit, il faudra pénétrer tantôt par le nez, tantôt par la face, tantôt par la bouche.

Lorsqu'un polype s'insère par un pédicule peu volumineux au niveau de la suture sphéno-basilaire, qu'il remplit la gorge plus que le nez et ses dépendances, ne serait-il pas inopportun d'enlever le maxillaire supérieur ou de fendre le dos du nez pour atteindre l'insertion ? Les procédés de la voie buccale sont ici nécessairement indiqués. C'est ainsi que l'a compris M. Robert, qui dans un cas récent a pratiqué avec succès le procédé de M. Nélaton.

D'un autre côté, lorsque l'œil est chassé de l'orbite, la région frontale distendue, les os propres du nez soulevés, luxés, amincis, les narines dilatées, n'est-il pas préférable d'entamer les couches superficielles sur la ligne médiane ou sur les côtés du visage, et serait-il raisonnable d'aller au fond de la gorge chercher l'extrémité la plus profonde et la plus inaccessible du polype ?

Lorsque, enfin, la joue est saillante, le sinus maxillaire boursouflé, le squelette de la face disloqué par des embranchements multiples, étranglés çà et là par des cloisons osseuses qui ont résisté à l'usure, n'est-ce pas un parti sage que de mettre à profit les procédés plus ou moins radicaux de la voie faciale ?

Remarquez bien, Messieurs, que dans leurs migrations dévastatrices les fibromes naso-pharyngiens suivent trois directions principales, qui correspondent assez exactement aux trois voies opératoires rivales. Quelquefois les dégâts se font principalement dans un seul sens, le plus souvent dans deux ; de temps en temps, et plus rarement par bonheur, dans toutes les directions à la fois.

Quelles lois président à ces évolutions diverses ? Nous ne le savons pas exactement.

Le lieu primitif de l'insertion, les différences que présente l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne aux différents âges, y sont sans doute pour quelque chose, et les caprices de la nutrition morbide font le reste. Nous sommes encore très-ignorants sur ces points. Toujours est-il que nous devons nous attacher à poser avec le soin le plus minutieux le diagnostic anatomique de la tumeur et de ses rapports.

Il est impossible de méconnaître la connexion intime qui doit relier ensemble, d'une part, la position, la forme, le volume du polype, les lésions secondaires qu'il a produites ; d'autre part, la voie préliminaire

qui doit nous donner accès jusqu'à lui. Ici, comme ailleurs, l'anatomie pathologique est le meilleur guide pour l'opérateur.

En adoptant ces principes, on arrivera d'ailleurs à concilier souvent les deux indications dont j'établissais précédemment la légitimité, c'est-à-dire qu'on se procurera une large voie sans causer de grands dégâts. Pour cela, il suffira d'utiliser les ravages déjà causés par le polype. Je suppose, par exemple, qu'une tumeur de ce genre ait distendu l'auvent nasal, dilaté la narine, écarté les os propres, déjeté en dehors l'apophyse montante et la paroi interne de l'orbite; on fait à la peau du nez une longue incision, on écarte les lambeaux, on découvre aussitôt la saillie antérieure de la tumeur; celle-ci, par son volume, masque-t-elle la voûte du crâne et empêche-t-elle d'arriver à l'insertion profonde, on résèque avec le galvano-cautère ou l'écraseur le lobe nasal. Celui-ci extrait démasque une large excavation, qui laisse pénétrer l'œil, le doigt, les instruments jusqu'à la surface sphéno-basilaire, sans qu'il soit nécessaire de faire aux dépens du squelette de nouveaux sacrifices. Le même raisonnement s'appliquerait aux cas où les désordres se seraient manifestés dans un autre point.

On m'objectera sans doute que souvent, en commençant ces opérations, on ignore quelle est au juste la position du polype : on ne connaît ni le nombre ni le volume des embranchements, ni la position précise du pédicule. Je concède que l'anatomie pathologique n'a pas dit son dernier mot, mais j'affirme que dans la majorité des cas un examen approfondi fournira les notions les plus importantes, et d'ailleurs, en suivant la brèche principale créée par la tumeur, on finira toujours par arriver au pédicule.

Le pis qui pourrait survenir serait la nécessité de modifier chemin faisant son plan préconçu, éventualité qui appartient à bien d'autres opérations, et qui n'effraye guère un praticien résolu et exercé. La région sur laquelle on opère est telle qu'avec quelques coups de pince ostéotome on pourra toujours créer séance tenante un procédé approprié. On vient, par exemple, de fendre le nez, on se trouve à l'étroit, on enlève l'apophyse montante. Cela ne suffit-il pas, on fait sauter la paroi antérieure du sinus maxillaire, au besoin même une portion de la voûte palatine : c'est de cette manière que notre collègue M. Vallet (d'Orléans) a mené à bien une laborieuse opération de ce genre.

Dans les cas douteux, il ne faut pas reculer devant une opération préliminaire simplement exploratrice, comme, par exemple, la boutonnière staphyline. Il faut, autant que possible, pratiquer un procédé restreint, mais susceptible d'être facilement et promptement trans-

formé en un procédé plus radical (1). Enfin, on pourrait avoir recours à la création de voies multiples, à la condition que l'une d'entre elles au moins conduisît sûrement jusqu'au lieu d'implantation du pédicule.

Pour pouvoir utiliser sans hésitation toutes les ressources opératoires dont nous disposons aujourd'hui, il serait superflu d'ajouter que le chirurgien doit avoir acquis d'avance une connaissance approfondie des trois méthodes préliminaires et de leurs nombreux procédés. A la vérité, dans l'état actuel de la science, ces notions dispersées sont difficiles à acquérir, et la publication d'une monographie complète devient de jour en jour plus nécessaire.

Quoique j'aie largement usé de votre temps et de votre bienveillante attention, je ne me dissimule pas les imperfections de ce rapport. Forcé de faire une course rapide dans un champ extrêmement vaste, je présenterai largement le flanc à la critique. Mon seul espoir est que vous voudrez bien relever les erreurs commises, combattre les assertions hasardeuses ou erronées, et le débat ne dût-il laisser debout une seule ligne de ce travail, que je vous remercierais encore de l'avoir écouté et discuté rigoureusement.

Pour ce qui concerne M. Rampolla, la Société doit lui savoir gré d'avoir songé pendant son voyage à nous apporter les prémices d'un travail qui contient des idées judicieuses et des remarques utiles; elle doit l'encourager à persévérer dans la voie de l'étude, et solliciter de lui de nouvelles communications.

Votre commission vous propose donc :

1° D'adresser des remerciments à M. Rampolla;

2° De renvoyer son travail au *Bulletin*;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats futurs au titre de membre correspondant étranger.

— M. FOLLIN lit le rapport suivant au nom du comité de publication :

Messieurs, votre comité de publication a reçu du bureau de la Société un certain nombre de travaux destinés à prendre place soit dans nos *Bulletins*, soit dans nos *Mémoires*.

---

(1) La voie nasale me paraît surtout propre à ce résultat. Quoique la plus ancienne, quoique assez fréquemment mise en pratique avec succès, elle n'a été l'objet d'aucun travail d'ensemble. Si la discussion l'exigeait, je serais tout préparé à soutenir les avantages qui lui sont propres.

Après avoir examiné ces différents manuscrits, il a été d'avis de vous proposer :

1° De déposer simplement aux archives une note de M. Serres (d'Alais) sur le *traitement de l'anévrysme artérioso-celluleux du pli du coude* ;

2° De renvoyer à M. le docteur Denucé son mémoire sur un *procédé nouveau de résection dans les fractures non consolidées*, en l'engageant à donner à ce travail une introduction qui permît de l'insérer dans nos *Mémoires* ;

3° De publier dans nos *Mémoires* les travaux suivants :

A. En tête d'un volume l'*Eloge* du professeur Bonnet (de Lyon), prononcé en 1859 par notre secrétaire général.

B. Le rapport de M. Larrey sur un mémoire intitulé *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée*, par M. Legouest.

C. Un mémoire de M. Michel (de Strasbourg) sur les *meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale*.

D. Deux communications de M. Vanzetti sur le *traitement des anévrysmes par la compression digitale*.

4° D'insérer dans nos *Bulletins* :

A. Un rapport de M. Larrey sur un ouvrage de M. W. Sands Cox : *Mémoire sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche*, par M. W. Sands Cox.

B. Une observation de M. Denucé sur un *anévrysme de l'artère humérale traité par la compression, et guéri après deux heures et demie de compression totale*.

C. Un travail de M. Chapplain (de Marseille) sur la *luxation sciatique du fémur*.

D. Une note de M. Stœber (de Strasbourg) sur des *inhalations de chloroforme dans les opérations pratiquées sur les yeux*.

E. Une observation de *luxation du coude incomplète en dedans*, par M. Denucé.

F. Une observation par M. Chapplain de *hernie crurale avec étranglement ; anus contre nature ; entérotomie et suture intestinale*.

G. Un cas d'*anévrysme de l'artère radiale guéri par la compression digitale au-dessus et au-dessous de la tumeur*, par M. Denucé.

H. Une observation d'*extirpation du maxillaire supérieur*, par le même chirurgien.

Nous venons, Messieurs, conformément à un article de notre

règlement, de vous indiquer les travaux qui devront faire partie de nos prochaines publications, et l'ordre dans lequel ces manuscrits seront imprimés ; nous devons rappeler ici que la Société est arrivée aujourd'hui à publier le fascicule 3 du tome V de ses *Mémoires*, et la fin du tome X de ses *Bulletins*.

En terminant ce rapport, nous sommes heureux de constater que les publications de la Société de chirurgie marchent d'une façon régulière, et que bientôt le comité de publication pourra déposer sur le bureau un nouveau fascicule de ses *Mémoires*.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DEPAUL.

Séance du 21 mars 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHET. Dans une précédente séance, à l'occasion d'une luxation de l'épaule datant de deux mois présentée par M. Huguier, j'avais dit que j'en avais réduit une datant de cent cinq jours sur une vieille femme, et je m'étais engagé à mettre la malade sous les yeux de mes collègues. C'est ce que je viens faire aujourd'hui.

Le déplacement avait été le résultat d'une chute sur l'épaule. Aucune tentative de réduction n'avait été faite avant son entrée à l'hôpital. La tête humérale était solidement fixée au-dessous de la clavicule sans qu'il fût possible de lui imprimer le moindre mouvement. J'ai déjà dit qu'après avoir employé le chloroforme, j'avais eu recours aux mouffles, et que la force des tractions avait été portée jusqu'à 170 kilogrammes.

Après avoir produit quelques craquements, j'imprimai avec beaucoup de ménagements des mouvements au membre, et je réduisis la luxation. Je me souvenais que dans un cas j'avais déterminé une fracture, et je savais que le même accident était arrivé à M. Denonvilliers.

Aujourd'hui la réduction date de trois semaines; j'ai eu beaucoup de peine, tant la mobilité était grande, à maintenir les surfaces arti-

culaires en place. Je me suis servi du bandage de Mayor, que j'ai supprimé depuis trois jours seulement. On peut constater que la tête de l'humérus est fortement saillante en avant et qu'elle est un peu descendue. Cependant le bras exécute déjà quelques mouvements; dont le centre est bien dans la cavité glénoïde; et il y a tout lieu d'espérer que ces mouvements deviendront plus complets avec le temps.

J'ai parlé d'une fracture du col huméral que j'avais produite chez une autre femme en cherchant à réduire une luxation ancienne à l'aide des mouffles.

Voici comment les choses se passèrent :

Après avoir sans aucun résultat porté les tractions fort loin, je voulus imprimer un mouvement de rotation au membre, et ce fut en ce moment que l'os se brisa. La calotte humérale resta fixée au-dessous de la clavicule, mais le fragment inférieur devint très-mobile, et l'idée me vint de ramener son extrémité supérieure sur la cavité glénoïde et de l'y maintenir. Au bout de six semaines, la malade exécutait déjà quelques mouvements; depuis, son état s'est encore amélioré, et aujourd'hui elle se sert presque aussi bien de ce membre que de l'autre.

M. LARREY fait remarquer que la tête de l'humérus n'est pas dans tous ses rapports avec la cavité glénoïde, et il demande si M. Richet ne se propose pas de faire une nouvelle tentative pour compléter la réduction.

M. RICHET. L'observation de M. Larrey est parfaitement juste. J'ai déjà fait plusieurs tentatives dans le sens qu'il indique, mais je n'ai obtenu aucun résultat.

Ce n'est pas qu'il ait été difficile de rétablir les rapports normaux, mais il a été toujours impossible de les maintenir définitivement. Je dirai, d'ailleurs, que l'expérience m'a appris que, dans ces cas, la tête humérale devenait plus volumineuse et simulait ainsi un déplacement beaucoup plus considérable que celui qui existait réellement. Sur la malade que je présente, il est incontestable qu'une partie de la tête de l'humérus est en rapport avec la cavité glénoïde, et c'est en glissant sur elle qu'elle produit un bruit de frottement sec, facile à percevoir. Avec le temps tout cela s'améliorera sans aucun doute.

M. HUGUIER. On vient de s'occuper de la saillie considérable que faisait en avant la tête de l'humérus. Je ferai remarquer que cette disposition est constante à la suite des réductions opérées tardivement.

Elle peut s'expliquer soit par l'atrophie du deltoïde, soit par le gonflement dont la capsule articulaire peut être le siége. Sur mon malade aussi, la tête humérale était saillante, ou du moins paraissait l'être. Mais cela disparaît chaque jour de plus en plus.

Je demanderai à M. Richet pourquoi, puisqu'il avait endormi sa malade, il s'est servi des mouffles. Les mouvements de rotation sont bien plus difficiles à exécuter pendant qu'on opère sur le membre une forte traction, et peuvent plus facilement produire une fracture. Sur une femme de soixante-douze ans, j'ai pu facilement réduire une luxation datant de trois mois, après avoir employé seulement le chloroforme et en imprimant au membre certains mouvements de rotation.

M. RICHET. Je crois que c'est surtout après avoir endormi les malades qu'on peut utilement se servir des mouffles. Dans le cas particulier dont j'ai parlé, j'étais bien résolu à ne pas imprimer des mouvements de rotation, que je crois dangereux. D'ailleurs, toutes les parties molles étant relâchées, je n'avais à craindre ni la déchirure des nerfs, ni celle des muscles.

M. HUGUIER. Ce n'est pas du véritable mouvement de rotation que j'ai voulu parler; j'ai eu surtout en vue le mouvement de circumduction. Avec le premier, je comprends qu'on produise une fracture; tandis qu'avec le second on obtient successivement la déchirure des diverses adhérences qui se sont établies.

M. CHASSAIGNAC. J'ai constaté aussi la saillie en avant de la tête humérale après la réduction de certaines luxations. Quelques autopsies m'ont permis, je crois, d'en saisir la véritable explication. Les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, sont quelquefois arrachés; on comprend dès lors que, après la réduction, ils sont incapables d'exercer leur action habituelle et de fixer à sa place la tête de l'humérus. Il faut tenir compte également du gonflement qui peut survenir à la tête de cet os.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Senn (de Genève), membre correspondant étranger de la Société, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mazaé Azéma, médecin de l'hôpital civil de Saint-Louis (île de la Réunion), adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national, un manuscrit intitulé *De l'ulcère de Mozambique*. (Commission, MM. Cullerier, Larrey, Deguise.)

— M. le docteur Amable Cade, de Bourg-St-Andéol, candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société un travail manuscrit intitulé *Sur un kyste du testicule*. (Commission, MM. Deguise, Follin et Jarjavay.)

— M. VERNEUIL dépose sur le bureau un exemplaire d'un mémoire qu'il vient de publier sur la *Création d'une fausse articulation comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure*, et fait connaître les points les plus importants de ce travail.

M. LARREY demande si l'ankylose vraie de l'articulation temporo-maxillaire a été bien positivement observée. Sans en nier la possibilité, il pense qu'elle est extrêmement rare.

M. VERNEUIL. L'ankylose vraie de la mâchoire existe, et déjà elle a pu être constatée à l'autopsie. La fausse ankylose peut se présenter avec deux formes bien distinctes. Dans l'une il y a des brides, dans l'autre il n'y en a pas. Les brides sont parfois si nombreuses et si épaisses, que tous les moyens généralement conseillés restent sans résultat. Les insuccès sont à peu près constants par la méthode des incisions. C'est à la formation d'une fausse articulation qu'il convient de recourir. Cette opération est facile à exécuter, elle n'expose ni à l'hémorrhagie ni à aucun autre danger. Elle ne demande qu'une simple incision pour faire agir la pince de Liston.

M. LARREY. Ainsi que je l'ai déjà dit, ce n'est pas une véritable ankylose qui existe le plus souvent. En général, ce qui gêne les mouvements de l'articulation ce sont des brides, ce sont des cicatrices ou des contractures musculaires. Je pense qu'avant de se décider à établir une fausse articulation, il faut avoir essayé de tous les autres moyens dont dispose la chirurgie. Un de mes anciens élèves, M. Sarrasin, s'est occupé, dans sa thèse sur les contractures, de la mâchoire, et il a reproduit très-fidèlement mes opinions sur ce sujet.

M. FOLLIN. Pendant que j'étais chargé d'un service à l'hôpital du Gros-Caillou, un militaire qui avait reçu à Solferino une balle morte sur la joue entra dans mes salles. Il n'y avait eu aucune plaie et il ne s'était formé aucune bride; mais l'articulation était probablement enflammée, et une contracture considérable s'était emparée des muscles voisins.

J'employai inutilement les moyens les plus énergiques pour écarter les mâchoires. Ce fait démontre que la distinction que M. Larrey établit n'est pas aussi importante qu'il le pense, surtout au point de vue de la thérapeutique.

M. BOINET demande à M. Verneuil s'il a fait des expériences comparatives pour savoir si la scie à chaîne ne devrait pas être préférée à la pince de Liston. Une dent pourrait se trouver cachée dans l'épaisseur de l'os, et dans ce cas, ce dernier instrument rencontrerait de bien grandes difficultés.

M. VERNEUIL. J'ai parlé dans mon travail des conditions diverses qui peuvent se rencontrer. Tantôt, en effet, la joue est détruite dans une étendue plus ou moins considérable ; tantôt elle n'a subi aucune altération. Il est bien entendu qu'on met d'abord en usage tous les moyens ordinaires, et que ce n'est qu'après avoir échoué avec les divers dilatateurs qu'on se décide à établir une fausse articulation. Quelle que soit la variété d'ankylose, cela importe peu.

Quant au manuel opératoire, on a essayé de la gouge et du maillet, de la scie à chaîne et de la pince de Liston ; il n'y a pas eu une grande différence dans les résultats obtenus. La scie à chaîne n'est pas aussi facile à manier dans cette région qu'on pourrait le supposer ; elle produit dans les parties molles des froissements assez considérables et si elle rencontrait une dent, elle se briserait, selon toutes les probabilités.

M. BOUVIER. Je désirerais savoir si, dans son mémoire, M. Verneuil a parlé de la section sous-cutanée des brides intra-articulaires, et s'il croit cette méthode applicable.

M. VERNEUIL. Dieffenbach ne s'est occupé de l'ankylose de la mâchoire que dans son traité de chirurgie. Pour l'ankylose vraie, il propose d'appliquer le tranchant d'un ciseau et de le faire agir à coups de marteau. Il ne dit pas, d'ailleurs, qu'il ait mis en pratique ce procédé barbare, qui doit être repoussé ; je ne crois pas non plus qu'il ait conseillé la section sous-cutanée des ligaments de l'articulation temporo-maxillaire.

M. CHASSAIGNAC. Je pense qu'il est très-important de bien constater d'abord à quelle variété d'ankylose on a affaire. Une contracture musculaire portée un peu loin suffit souvent pour maintenir les mâchoires dans un rapprochement extrême. C'est pour les cas de ce genre surtout qu'il ne faudrait pas se contenter de quelques tentatives faites avec les moyens ordinaires. Il faut au contraire les varier et insister longtemps. La chloroformisation et l'usage du dilatateur à vis conique donnent de bons résultats. Ce ne serait qu'après avoir constaté l'inefficacité de ces divers moyens qu'on devrait songer à l'établissement d'une fausse articulation. On ne saurait s'appuyer sur

les bons résultats donnés par cette dernière opération pour se départir du précepte que je pose, car il ne faut pas oublier qu'une fausse articulation ne remplacera jamais d'une manière complète l'articulation normale.

M. VERNEUIL. M. Chassaignac a parfaitement raison dans tout ce qu'il vient de dire. J'ai posé moi-même les mêmes règles dans mon travail, où il n'est nullement question de la variété d'ankylose due à de simples contractures musculaires.

M. LARREY. J'insiste de nouveau sur la difficulté du diagnostic. Il est souvent impossible de dire si l'ankylose est le résultat de brides ou d'une simple contracture. Après avoir essayé des divers dilatateurs et de la vis conique en particulier, j'en ai fait construire un par M. Charrière, qui est beaucoup plus puissant.

M. DEMARQUAY présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur. Il fait remarquer qu'il a décollé le périoste en avant et en arrière, et qu'il a brisé l'os de chaque côté avec la pince de Liston. Il y a quarante-quatre jours que l'opération est faite, et M. Demarquay pense que l'os est déjà en voie de reproduction.

M. LEGOUEST. Je ne puis partager l'opinion que vient d'émettre M. Demarquay ; je ne trouve rien de bien dur entre les deux branches du maxillaire. Il n'y a certainement ni os ni cartilage. On sent une simple induration qui est le résultat de l'opération qui a été pratiquée.

Le menton est notablement affaissé. Il est vrai qu'il n'y a que quarante-quatre jours que l'extirpation a été faite ; mais rien n'autorise encore à dire qu'un os se reproduira. Le périoste conservé était déjà malade, et ce n'est pas quand il est altéré qu'il est favorablement disposé pour sécréter du tissu osseux.

M. DEMARQUAY. Je n'ai pas prétendu qu'il y eût en ce moment une production osseuse nouvelle ; c'est du tissu fibro-cartilagineux qui existe comme dans l'une des périodes de la formation du cal. L'ossification se fera probablement un peu plus tard. Il y a déjà dans la science des cas qui prouvent que le maxillaire peut se reproduire. Le décollement complet du périoste n'est possible que lorsque l'os est déjà malade, et, sous ce rapport, le sujet que je présente était dans de bonnes conditions. J'ai tenu à le faire voir dans ce moment, et je m'engage à le représenter dans un mois.

M. LEGOUEST. Je n'ai pas voulu dire que ce fait fût sans intérêt ; mais je ne puis oublier qu'ayant eu souvent occasion d'enlever des por-

tions considérables de l'os maxillaire qui avait été brisé par des coups de feu, j'ai vu des brides fibreuses plus ou moins épaisses se produire entre les deux fragments, mais jamais l'os ne s'est régénéré. Aussi je me demande si sur le malade que nous venons d'examiner la partie dure que nous constatons a pour base le périoste, ou si elle n'est pas simplement formée par du tissu inodulaire.

M. ROBERT. Il n'y a dans le fait de M. Demarquay rien qui ne soit parfaitement connu des chirurgiens. Quand un os est nécrosé, son périoste se sépare et devient osseux un peu plus tard. Sur le malade qui est mis sous nos yeux, le tissu qu'on sent entre les deux bouts du maxillaire se présente sous la forme d'une lame transversale qui a pour le moment une consistance presque cartilagineuse, et qui s'ossifiera probablement avec le temps. J'ai souvent enlevé des portions de maxillaire, et j'ai vu se produire une sorte de barre très-dure qui rendait aux mouvements toute leur régularité. Cette barre, quand le périoste n'est pas resté, ne devient jamais osseuse; c'est du tissu cicatriciel.

M. BROCA. Je regrette que M. Demarquay ne soit pas entré dans quelques détails sur l'état dans lequel se trouvait la portion d'os qui a été enlevée, et je prie notre collègue de vouloir bien combler cette lacune.

M. DEMARQUAY. Il y avait simplement une nécrose du maxillaire. Le tissu osseux était devenu tellement friable, qu'en le saisissant avec des pinces il s'est divisé en plusieurs fragments. Le malade ne pouvait plus manger. Une suppuration fétide abondante avait lieu, et produisait une sorte d'empoisonnement lent. C'est pour cela que je me suis hâté de pratiquer la résection.

M. BROCA. Malgré ces explications, je ne comprends pas l'utilité d'une semblable opération. Je crois qu'il eût été préférable de s'en tenir à l'opération de David.

M. DEMARQUAY. Il n'y avait pas de séquestre; le périoste était en partie décollé en avant et en arrière. Je n'ai fait que compléter le décollement. Quand j'ai commencé mon opération, je ne connaissais pas au juste les limites du mal; j'ai été entraîné plus loin que je ne le voulais, et j'ai fait une résection. Je n'ai pas entendu dire qu'un os nouveau se fût déjà reproduit; pour juger de ce qui adviendra, il faut attendre encore.

M. BROCA. Que le périoste d'un os nécrosé puisse reproduire du tissu osseux, cela est parfaitement connu, et n'a rien de commun avec

les faits annoncés par M. Ollier, dans lesquels il est question d'os et de périoste parfaitement sains. Du reste, je répéterai qu'il n'est pas admis en chirurgie qu'on pratique des résections pour guérir des nécroses.

M. DEMARQUAY. Je regarde comme impossible le décollement du périoste chez l'adulte, et sur les os qui sont sains. Je m'en suis encore assuré hier sur un homme à qui j'ai pratiqué la résection du coude. Aussi l'objection qui a été faite par M. Sédillot aux observations de M. Ollier me paraît-elle parfaitement fondée.

— M. DEMARQUAY continue ses explications sur la reproduction osseuse à propos d'une fracture comminutive du péroné.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Séance du 28 mars 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. CHASSAIGNAC donne des nouvelles satisfaisantes de la santé de M. Morel-Lavallée.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bonnes, ex-interne des hôpitaux de Lyon, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *De la coxalgie, au point de vue du diagnostic et du traitement*. Montpellier, 1860, in-4°. Cette thèse est destinée au concours du prix Duval en 1861.

— M. Larrey présente, de la part de l'auteur, M. Mourlon, médecin aide-major de première classe, une brochure intitulée *Traitement de la blennorrhagie par les injections de sous-nitrate de bismuth*. Paris, 1860, in-8°.

— M. le professeur Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, fait don à la Société de la collection des thèses soutenues à la Faculté de médecine de Strasbourg pendant l'année 1859.

M. Maisonneuve, se trouvant depuis plusieurs années dans l'impos-

sibilité d'assister régulièrement aux séances de la Société, demande à échanger son titre de membre titulaire contre le titre de membre honoraire.

Cette demande, aux termes de l'article 9 des statuts, doit être soumise à l'approbation de la Société. On procède donc à un tour de scrutin. Votants : 24.

17 voix pour ; 5 voix contre ; 1 bulletin blanc ; 1 bulletin nul, pour vice de forme.

En conséquence, M. Maisonneuve est nommé membre honoraire de la Société.

— M. le président annonce la vacance d'une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

— M. LARREY, à propos de la correspondance, communique une lettre de M. le docteur Juzanx, médecin major au 7e régiment d'artillerie.

Cette lettre est relative à un cas de rétraction vraie du muscle biceps brachial, considérée comme une rétraction simulée. L'emploi du chloroforme permit de constater l'existence réelle de l'affection. M. le docteur Juzanx tire de ce fait, observé sur un jeune soldat, les conclusions suivantes :

1° Si, devant le conseil de révision qui déclara ce jeune homme propre au service, on eût employé le chloroforme pour s'assurer de la réalité de la rétraction, on eût évité une erreur préjudiciable à l'Etat, qui n'aurait pas perdu un serviteur ;

2° Sans le chloroforme, on tombait dans une erreur plus fâcheuse encore, en envoyant pour sept ans dans une compagnie de discipline un innocent pris pour un simulateur.

M. CHASSAIGNAC rappelle qu'il a déjà signalé l'existence de contractures musculaires à l'occasion des maladies de la vessie. Notre confrère a récemment constaté la contracture et la rétraction des adducteurs fémoraux, chez une vieille femme atteinte d'une ulcération épithéliale de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Il a eu recours au chloroforme pour faire cesser la contracture des muscles, qui s'opposait à l'emploi de tout traitement ; étant parvenu avec ménagements à obtenir la résolution musculaire, il a pu facilement appliquer son traitement, qui a amené la guérison de l'ulcération du col.

Ce fait lui paraît pouvoir être cité, à propos de celui que M. Larrey vient de communiquer à la Société.

M. ROBERT rend compte verbalement d'une observation de M. le docteur Vinatier. Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une saignée

pratiquée sur la veine médiane céphalique, est atteinte d'une névralgie et d'une paralysie partielle de l'avant-bras et de la main. En réponse à la consultation demandée par M. Vinatier, M. Robert conseille la destruction de la cicatrice au moyen du chlorure de zinc, et pense qu'en raison de l'état général de la malade, il conviendrait de lui administrer quelque préparation de fer.

M. CLOQUET a vu survenir des formes très-diverses de névralgie à la suite de lésions qui, par leur nature, ne semblaient pas devoir provoquer de pareils accidents.

Notre éminent collègue rapporte l'histoire d'une dame qui, à la suite d'une saignée de la veine saphène interne, fut prise de névralgie de la face antérieure de la cuisse et de contracture musculaire.

Les accidents s'usèrent pour ainsi dire, et ne disparurent qu'après un temps très-prolongé.

M. LEGOUEST a été témoin d'un fait analogue à celui que vient d'analyser M. Robert.

A la suite d'une saignée de la veine médiane céphalique, un jeune sergent-fourrier, atteint de fièvre intermittente, fut frappé de paralysie complète de l'avant-bras, sans névralgie. Cet accident, qu'on fut tenté d'attribuer à un trouble nerveux provoqué par un des accès de fièvre, persista malgré tous les traitements employés, et nécessita la réforme du malade.

Ce fait a été relaté dans une thèse de Montpellier, de 1845.

M. RICHARD, en présence de la singularité de ces accidents, appelle l'attention sur la confusion qui pourrait exister entre une paralysie réelle et une paralysie que la douleur simulerait en s'opposant aux mouvements.

M. BOUVIER, qui, dans l'immense majorité des sections sous-cutanées, a pu en constater l'innocuité, a vu cependant une névralgie très-tenace survenir chez une jeune fille de huit ou dix ans, qu'il avait opérée d'un torticolis. Dans ce cas, la douleur paralysait les mouvements. La névralgie a guéri sans avoir été combattue par la cautérisation de la cicatrice.

M. CLOQUET insiste de nouveau sur la cause inexplicable de certains accidents nerveux. Pour lui les contractures musculaires qui ont été observées ne sont pas plus explicables que les paralysies.

M. LARREY, à l'occasion des névralgies traumatiques, rapporte qu'un officier général, blessé en Crimée à la partie supérieure de la poitrine, au-dessous de la clavicule, par un coup de feu qui déter-

mina un double séton, ressentit, au moment même de l'accident, une douleur excessivement vive dans le pouce du même côté, au niveau d'une cicatrice résultant d'une plaie faite pendant l'enfance du blessé, et datant d'environ trente-cinq ans.

Cette douleur, remontant quelquefois le long du membre, comme par récurrence, persista très-longtemps et se réveille encore aujourd'hui aux changements de temps.

M. VERNEUIL pense que la douleur et la paralysie observées chez la malade de M. Vinatier pourraient avoir pour cause un névrome traumatique; aussi croit-il que le parti proposé par M. Robert est le seul acceptable.

M. HUGUIER, considérant la rareté des accidents de cette nature à la suite de la saignée du bras, et s'appuyant sur les données fournies par l'anatomie chirurgicale du pli du coude, est porté à attribuer la paralysie à la section du nerf radial, passant dans le voisinage de la veine médiane céphalique.

M. ROBERT a déjà signalé la possibilité de la lésion du nerf radial dans la saignée de la veine céphalique; mais dans le fait adressé à la Société par M. Vinatier, il n'y a eu tout d'abord que de la douleur, et la paralysie est survenue consécutivement. M. Robert pense qu'il ne faut pas chercher ailleurs que dans la lésion du nerf musculo-cutané la cause de l'accident.

Il se propose d'écrire à M. Vinatier pour lui demander de nouveaux détails sur sa malade.

M. HUGUIER rappelle quelques-unes des causes qui, à la suite de l'amputation de Chopart, provoquent le renversement du moignon en arrière et déterminent la déchirure et l'ulcération de la cicatrice : il insiste en particulier sur l'action du tendon d'Achille.

Notre collègue présente une malade qui, à la suite de la pénétration d'une arête de poisson dans la plante du pied, fut atteinte d'une vive inflammation et de carie de presque tous les os du tarse. Il a pratiqué sur elle l'amputation de Chopart, avec résection d'une partie de l'apophyse antérieure du calcanéum, prise de carie, et en même temps il a fait la section sous-cutanée du tendon d'Achille. La malade a guéri sans accidents et sans renversement du talon; elle marche bien sur son moignon et ne présente qu'un peu de diminution de volume dans la continuité du tendon d'Achille, à l'endroit même où le tendon a été coupé.

L'opération date d'un an et trois mois.

M. LARREY, qui le premier a proposé la section du tendon d'Achille, à la clinique de la Faculté, dans un cas de renversement du moignon à la suite d'une amputation de Chopart, accorde une grande confiance à cette opération, tout en faisant remarquer qu'elle n'est pas toujours suivie de succès.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un homme qui reçut, il y a quarante-cinq ans, une forte contusion sur l'œil, et chez lequel on constate aujourd'hui la disparition complète de l'iris, une cataracte noire, et la mobilité de l'appareil cristallinien, qui n'est plus adhérent que par la partie supérieure.

MM. CLOQUET, ROBERT et LEGOUEST doutent de la disparition complète de l'iris; ils signalent à la partie inférieure du champ pupillaire, occupant presque en entier l'aire de la cornée transparente, une membrane disposée en croissant, au-devant de laquelle le cristallin semble avoir passé, et qu'ils pensent être un dernier vestige de l'iris devenu noir, de bleu qu'il était primitivement.

M. CHASSAIGNAC, qui s'est livré à un examen répété de l'œil avec l'ophthalmoscope, persiste dans l'opinion que l'iris a totalement disparu, et attribue aux procès ciliaire l'apparence de membrane signalée par ses collègues.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. GOSSELIN présente une pièce de kyste du maxillaire inférieur qui était en traitement depuis six semaines. Ce kyste est uniloculaire, et occupe le côté droit du corps de la mâchoire inférieure, se prolongeant à peine dans la branche.

Lorsque la malade, âgée de vingt-deux ans, était entrée à l'hôpital Beaujon, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule, et occasionnait une notable difformité. Comme l'os était détruit au niveau de la gencive, M. Gosselin a adopté le mode de traitement qui lui a réussi déjà dans d'autres cas, et qui consiste à ouvrir largement la tumeur, à entretenir l'ouverture et à provoquer une inflammation suppurative dans l'intérieur de la poche pour en obtenir le retrait. L'incision a été faite le 10 février; il s'en est écoulé de la sérosité jaunâtre, un pêu poisseuse. L'intérieur de la cavité a été rempli de charpie (tampon en queue de cerf-volant). Trois jours après, la suppuration commençait à s'établir, sans autre accident que des douleurs assez vives. La malade fut alors soumise à des injections journalières faites au

moyen d'une sonde en gomme élastique, et destinées à entraîner le pus et les matières alimentaires. A deux reprises différentes, l'ouverture gingivale du kyste fut agrandie de nouveau, parce qu'elle avait de la tendance à se fermer. La suppuration était bien établie, la tumeur avait diminué de moitié au moins ; la malade ne souffrait plus et supportait sans douleur les injections détersives, lorsqu'elle fut prise vers le 15 mars, plus d'un mois après l'opération, d'une fièvre typhoïde qui se termina promptement par une perforation intestinale.

A l'autopsie, on a trouvé les traces d'une péritonite violente avec épanchement de quelques matières intestinales dans le péritoine, et deux petites perforations à la fin de l'intestin grêle, correspondant l'une et l'autre à une plaque de Peyer ulcérée, à côté de plusieurs autres plaques également ulcérées, mais non perforées.

Sur la mâchoire, on voit la cavité du kyste largement ouverte, et réduite à moitié environ de la capacité qu'elle offrait au moment de l'opération. Elle occupe le corps de l'os au-dessous de la deuxième petite molaire et des deux premières grosses molaires. Elle contenait du pus, et sa surface interne est tapissée par une membrane cellulo-fibreuse vasculaire, assez épaisse et très-adhérente. En la décollant, on voit à nu et saillantes, au delà du fond détruit de leurs alvéoles, les racines de la deuxième petite et de la première grosse molaire, dont les couronnes avaient disparu à la suite de la carie. La dent de sagesse n'était pas sortie ; mais ses racines étaient restées contenues dans l'épaisseur de l'os, et ne correspondaient même pas au kyste. On peut croire, mais sans qu'il soit possible d'en donner la démonstration, que les dents cariées, dont les racines correspondaient au kyste, ont été pour quelque chose dans le point de départ du kyste.

Le point le plus important de cette observation est la diminution de volume de la poche à parois osseuses après l'établissement de la suppuration, diminution qu'il est permis de rapporter à la rétraction de la membrane interne passée à l'état de membrane pyogénique.

Le secrétaire, LEGOUEST.

OBSERVATION D'UN ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE HUMÉRALE, TRAITÉ PAR LA COMPRESSION.

Guérison après deux heures et demie de compression totale.

Par M. le docteur DENUCÉ.

V... (Jean), demeurant à Labrousse (Médoc), âgé de cinquante-deux ans, est entré à l'Hôtel-Dieu-Saint-André le 19 juillet 1857, salle 11, n° 27. Il présentait à la face interne du bras, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une tumeur assez volumineuse. Voici les renseignements qu'il a pu nous donner sur l'origine et le développement de cette tumeur.

Elle a apparu il y a trois ans et demi environ. Le malade ne se rappelle avoir éprouvé aucun choc direct, aucune blessure, aucune contusion, au point où elle s'est montrée. Dans son esprit, elle se rattache à une saignée pratiquée au pli du bras, qui précéda de très-peu de temps l'apparition, dans le lieu indiqué, d'un noyau gros comme une petite noisette. N'oublions pas de noter que le sujet de l'observation est vigneron, c'est-à-dire homme de peine, travaillant beaucoup de ses bras.

Cette petite tumeur, depuis le jour où il a reconnu son existence, n'a pas cessé de grossir; un an et demi après le début, il s'est aperçu qu'elle offrait des battements, et vers cette époque aussi il a commencé à ressentir des douleurs névralgiques dans tout le membre, des fourmillements, un engourdissement marqué des doigts, et une grande gêne dans les mouvements.

Le 20 juillet, nous avons en effet constaté une tumeur du volume d'une grosse noix, située sur le trajet de l'humérale, à quatre travers de doigt au-dessous du creux de l'aisselle, au niveau à peu près de l'empreinte deltoïdienne. Cette tumeur présente :

1° Des battements faciles à constater par la vue et par le toucher;

2° Un mouvement d'expansion, que l'on peut rendre très-évident, en plaçant deux doigts aux deux extrémités de la tumeur; les doigts sont non-seulement soulevés, mais écartés;

3° Un frémissement vibratoire assez faible, mais constant;

4° Un bruit de souffle à simple courant très-facile à percevoir par l'oreille, et surtout à l'aide du sthétoscope, dont l'extrémité large peut embrasser toute la tumeur.

Celle-ci est un peu mobile; elle paraît située en avant du trajet de l'humérale, qu'elle comprime un peu; le pouls est assez faible de ce côté et devient plus fort quand on repousse la tumeur en avant. En comprimant l'artère axillaire sur la tête de l'humérus, on arrête aussitôt les battements. En comprimant l'artère humérale immédiatement au-dessous de la tumeur, les battements diminuent beaucoup, mais ne disparaissent pas.

Le diagnostic d'une semblable tumeur ne pourrait être douteux. — Elle m'a même servi de type dans une leçon clinique que j'ai faite à son sujet sur les anévrysmes.

Avant toute autre médication, je résolus d'employer dans ce cas la compression. Je ne me dissimulai pas deux difficultés.

1° La compression devant être pratiquée dans le creux de l'aisselle, c'est-à-dire dans un point où l'artère est immédiatement entourée de plusieurs gros troncs nerveux, ne pouvait qu'être fort douloureuse.

2° Comment appliquer et maintenir une compression dans le creux de l'aisselle, sans un instrument spécial?

Néanmoins, ne fût-ce qu'à titre d'essai, je résolus, le 21 juillet, de faire une tentative, en utilisant les instruments que j'avais à ma disposition. Je trouvai dans l'arsenal de l'hôpital l'instrument que M. Broca a fait construire pour la compression de la fémorale.

Cet appareil présente, comme on sait, une portion de gouttière assez aplatie, terminée à ses extrémités par des courroies qui permettent de la fixer et sur laquelle jouent deux pelotes dont on peut varier à l'infini la situation à l'aide d'un mécanisme ingénieux. J'appliquai la gouttière aplatie, moitié sur la région postérieure du bras, moitié sur la région postérieure de l'épaule. Je fixai l'extrémité supérieure en faisant passer la courroie terminale sur l'épaule du côté malade, et sous l'aisselle du côté opposé; l'extrémité inférieure en contournant la courroie inférieure autour du bras. De cette façon j'obtins un degré de fixité suffisant pour me permettre d'espérer quelque résultat de la manœuvre.

Avec beaucoup d'attention et de patience je parvins à concentrer les deux pelotes dans le creux de l'aisselle, de telle façon qu'en faisant tourner la vis, la supérieure comprimât l'artère sur la tête humérale, l'inférieure sur l'extrémité supérieure de la face interne de l'humérus. Je mis beaucoup de temps à faire cette application de l'instrument; enfin j'obtins la cessation complète des battements.

Il était onze heures du matin; la pelote supérieure seule était vissée; les battements avaient cessé depuis un quart d'heure; le ma-

lade ne souffrait pas énormément ; je le quittai, recommandant bien à l'interne du service de le surveiller de près, et, dès que la douleur serait trop vive, de porter la compression d'une pelote sur l'autre.

Lorsque l'interne revit le malade, vers une heure un quart, il le trouva baigné de sueur, et le visage fort animé. Le malade lui déclara qu'ayant souffert tout ce qu'il était possible de souffrir, il n'avait pu y résister, et qu'il venait d'enlever lui-même l'appareil. Cet homme, d'un esprit très-borné, ne comprenant pas la gravité de sa situation, ne voulut à aucun prix laisser rétablir le compresseur.

Je vins à trois heures ; il était encore fort exalté ; il me déclara qu'il voulait quitter l'hôpital le lendemain ; j'eus beaucoup de peine à le calmer et à obtenir qu'il restât quelques jours. J'examinai la tumeur : les battements avaient beaucoup diminué d'intensité ; le pouls était très-faible, tout le membre rouge et un peu œdématié.

Le lendemain 22 juillet, à la visite du matin, je constatai que les battements avaient complétement cessé ; le membre avait repris sa coloration et son volume ordinaires.

Le soir, les battements étaient faiblement revenus. Je parlai de replacer l'appareil, le malade n'y voulut pas consentir.

Le 23, l'état du membre était à peu près le même. J'obtins du malade qu'il me laissât mettre dans l'aisselle le tourniquet de J. L. Petit ; la courroie fut nouée et fixée sur l'épaule ; il ne le garda pas un quart d'heure.

Du 23 juillet jusqu'au 8 août, à chaque visite, je remettais le tourniquet ; le malade ne le gardait point ou le relâchait immédiatement. Ce qui est certain, c'est que pendant tout ce temps nous ne pûmes obtenir une nouvelle suspension des battements ; ces battements, d'ailleurs, étaient restés beaucoup plus faibles qu'avant la première application du compresseur.

Le 8, le malade, qui n'écoutait aucune raison, voulut absolument sortir.

Je l'engageai à ne pas travailler de quelque temps et à revenir nous voir au bout de quelques jours.

Il revint, en effet, le 24 août, à ma grande satisfaction ; il m'annonça que depuis huit jours environ les battements avaient complétement disparu ; que les douleurs névralgiques du bras et l'engourdissement dont il se plaignait avaient complétement cessé, qu'il sentait bien qu'il était guéri.

J'examinai le membre et je constatai les phénomènes suivants :

1° La tumeur a un peu diminué de volume ; elle est extrêmement

dure; elle roule sous le doigt; elle n'est pas douloureuse à la pression et n'offre aucune espèce de battement, de frémissement, d'expansion et de bruit de souffle.

2° Au-dessus de la tumeur les battements de l'artère sont très-sensibles.

3° Au-dessous on ne les retrouve pas, et à peine au niveau du pouls reconnaît-on un petit soulèvement filiforme.

4° Le malade a retrouvé des forces dans le bras ; l'extrémité de l'index et celle du médius ont seules conservé un peu d'engourdissement.

J'ai encore revu ce malade le 6 septembre, un mois environ après sa sortie de l'hôpital, et j'ai pu le montrer aux élèves de la clinique. Sa guérison me paraît confirmée. La tumeur, considérée isolément, est très-dure, sans battement; elle n'a pas, depuis le dernier examen, sensiblement diminué de volume. L'artère bat vigoureusement au-dessus de la tumeur; au pli du bras et au poignet, le pouls est encore très-faible, mais un peu plus appréciable. En arrière de la tumeur, et en la soulevant, on retrouve le trajet de l'artère ; on suit ses battements de haut en bas au niveau de la tumeur, ils changent brusquement d'intensité, mais ne disparaissent pas complétement, et on les retrouve avec le même degré de faiblesse tout le long de la face interne du bras et sur le trajet de la radiale à l'avant-bras.

Ces phénomènes, que j'ai analysés avec beaucoup de soin, attestent que si la tumeur est complétement oblitérée, le vaisseau ne l'est pas à son niveau ; qu'en ce point la circulation est encore entravée, mais qu'elle n'est point abolie tout à fait. Le malade, du reste, continue à recouvrer ses forces; il se sert librement de son bras, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Il ne lui reste qu'un peu de douleur vague au niveau du poignet, et un peu d'engourdissement à l'extrémité du médius.

A la date du 2 octobre, j'ai reçu encore de ce malade des nouvelles qui confirment sa guérison.

Il est quelques points qui me paraissent devoir fixer l'attention dans cette observation. D'abord le temps très-court pendant lequel la compression totale a été maintenue, et qui a suffi pour amener une première fois la cessation complète des battements. C'est à cette compression de deux heures et demie que je n'hésite pas à rapporter tout le succès de l'opération.

En effet, si, après cette première suspension des battements, ceux-

ci ont reparu ; si, pendant une quinzaine de jours, j'ai essayé d'appliquer une nouvelle compression, il est juste de dire :

1° Que les battements étaient dès le premier jour très-modifiés, très-affaiblis surtout ;

2° Que la compression par le tourniquet a toujours été incomplète, et tellement douloureuse malgré cela, que le malade, peu docile et peu intelligent, ne l'a jamais supportée plus d'un quart d'heure de suite.

Aussi, pendant ces quinze jours, cette compression n'a pas amené le moindre changement sensible dans les battements, qui sont restés tels qu'ils étaient revenus après la première compression efficace.

Quant au retour de ces battements, ce n'est point là un fait unique. L'observation CXLVII du deuxième tableau de M. Broca (*Des anévrysmes et de leur traitement*, 1856, p. 897 et suiv.) nous offre un exemple semblable. Il s'agit d'un anévrysme de la poplite ; la compression fut appliquée ; elle était interrompue toutes les nuits. Les pulsations avaient cessé le seizième jour ; la compression n'ayant pas été maintenue, elles reparurent le lendemain. Le traitement dura quarante-deux jours, et se termina par la guérison.

La compression du reste, qu'elle ait ou qu'elle n'ait pas amené une cessation temporaire des battements, peut, sans les éteindre tout à fait, amener un état tel de la tumeur, qu'il y ait, à partir d'un certain moment, une tendance à la coagulation progressive du sang dans son intérieur, et par conséquent à une guérison tardive, qui prend toutes les allures d'une guérison spontanée. Ce n'est, en effet, que trois semaines après un premier arrêt des pulsations, huit jours après la suspension absolue de tout traitement, que la guérison définitive est survenue chez notre malade.

Les tableaux de M. Broca nous attestent que des résultats analogues ont été obtenus à diverses reprises (voy. obs. XXXII, XLI du premier tableau ; XLV, XLVI, LXVII, LXX, LXXXIX, CXVIII, CXXV, CXXXV du second). Dans ces différents cas, il est noté que la guérison définitive est survenue *quelque temps après* la suppression des moyens de compression indirecte ; quelquefois avec l'aide de quelques moyens de compression directe, le plus souvent sans leur intervention. Dans ceux où l'époque de la guérison est précisée, nous trouvons que dans quatre cas, par exemple (nos 125, 118, XXXII, XLI), la guérison s'est fait attendre un mois, deux mois, six mois, un an.

La compression totale a produit un grand nombre de succès, et, en

général, les succès les plus rapides. Nous trouvons dans les tableaux de M. Broca deux ordres de faits qui le prouvent suffisamment.

1° Une série de 12 malades, qui, traités exclusivement par la compression totale, ont guéri en moins de 48 heures, savoir :

6 malades dans l'espace de 24 à 48 heures (nos 19, 51, 79, 102, 143, 160).

3 malades dans l'espace de 12 à 24 (nos 77, 159, 161).

3 malades dans l'espace de 12 heures, de 11 heures, de 7 heures et 1/2 (nos 158, 159, 84).

Je passe quelques guérisons rapides, dans lesquelles le mode de compression n'est pas indiqué.

2° Une série de 8 malades, qui, après avoir supporté sans résultat pendant quelque temps une *compression partielle*, ont guéri rapidement aussi par l'application de la *compression totale*. Tels sont :

Le n° 17.	Compression	incompl.	43 jours.	Compress.	tot.	9 h. 1/2
Le n° 48.	—	—	12 jours.	—	—	48
Le n° 59.	—	—	21 jours.	—	—	24
Le n° 66.	—	—	5 mois.	—	—	48
Le n° 78.	—	—	1 mois.	—	—	10
Le n° 83.	—	—	12 jours.	—	—	6
Le n° 93.	—	—	10 jours.	—	—	40
Le n° 99.	—	—	8 jours.	—	—	12

Un moyen qui a donné de tels résultats peut être légitimement employé. Cependant on lui reproche quelques inconvénients, qui, dans beaucoup de circonstances, lui font préférer la compression partielle.

Ces inconvénients sont :

1° La douleur ;

2° Les eschares ;

3° Le défaut d'organisation des caillots, qui laisse à la place de l'anévrysme une poche fluctuante, et expose à la récidive.

Encore faut-il dire que, grâce à la perfection des instruments actuels, on peut obtenir la compression totale avec beaucoup moins de douleur, à l'aide de deux pelotes qui agissent successivement ; que par la même raison, et avec l'intervention des tissus élastiques dans les confections et le mécanisme des pelotes, les eschares sont chose rare aujourd'hui ; que le retour des battements peut retarder, mais n'empêche pas la guérison, comme notre observation en est la preuve ; que la transformation d'un anévrysme en poche liquide est elle-même

un procédé de guérison définitive, comme l'attestent les observations CLVII et CLIX du deuxième tableau de M. Broca.

D'ailleurs, dans le cas actuel, nous n'avions pas le choix pour la méthode. Le travail de M. Broca a été fait surtout en vue des anévrysmes poplités et du pli du bras. Dans ces deux espèces d'anévrysmes, l'artère offre, le long du premier segment du membre, un long trajet, dans lequel elle peut être comprimée en plusieurs points, et en grande partie isolée des nerfs voisins. Ce qui est vrai pour les anévrysmes du jarret et du coude, est vrai aussi pour les anévrysmes de la partie inférieure et moyenne de la cuisse ou du bras. Mais quand on se rapproche de la racine du membre, des obstacles nouveaux se présentent.

Sur les 215 observations qui figurent dans les tableaux de M. Broca, nous ne trouvons que 14 cas d'anévrysmes de l'artère humérale, sur lesquels 11 avaient leur siége au pli du coude; de ceux-là 10 ont guéri par la compression : 1 à la partie moyenne du bras (nº 45), qui a également guéri; 2 enfin, dont la situation n'est pas précisée, mais dans lesquels la compression a été déclarée intolérable après un et deux jours (nos V du premier tableau et LXII du second).

C'est qu'en effet, lorsque la compression doit être appliquée tout à fait à la racine du membre, dans le creux de l'aisselle, elle porte sur une artère entourée de tant de nerfs qu'elle ne peut être que très-douloureuse. Cette disposition anatomique est telle, que même une compression partielle, suffisante pour apporter une modification dans le cours du sang, n'est pas plus supportable. Resterait la compression alterne; mais deux pelotes dans le creux de l'aisselle ne peuvent guère que se soutenir. Leur action successive portera sur des parties tellement rapprochées, que les sensations douloureuses occasionnées par chacune d'elles devront bientôt se confondre. Peut-être pourrait-on, avec un instrument spécial, porter la seconde pelote sur la sous-clavière au-dessus de la clavicule. Mais là encore, la compression des nerfs la rendrait rapidement difficile à supporter à des intermittences fort rapprochées.

Dans un cas comme celui-là, il me paraît plus convenable de prendre résolûment son parti, de rendre la compression aussi complète que possible, de prévenir le malade qu'il souffrira, et de lui faire comprendre qu'il lui importe beaucoup d'endurer la souffrance le plus longtemps que cela sera possible. Si le malade a du courage, il pourra supporter une semblable compression pendant plusieurs heures, et

nous avons vu que cela suffit souvent pour amener une guérison immédiate ou, comme le prouve notre observation, pour déterminer une modification telle de l'anévrysme, qu'une guérison ultérieure pourra en être la conséquence ; mais jamais il ne supportera une compression de plusieurs jours ou de plusieurs mois suffisante pour mettre un obstacle sérieux et réel au libre cours du sang dans l'artère, et qui a besoin, pour cela, d'un degré de force que le faisceau de nerfs qui entoure l'artère axillaire au niveau de la tête humérale ne pourra jamais tolérer.

Séance du 4 avril 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal, donne le résultat de quelques recherches sur les accidents nerveux qui peuvent succéder à la saignée, et nécessiter des opérations amplement justifiées par les troubles fonctionnels graves qu'ils ont déterminés.

Notre collègue rappelle que Sabatier rapporte deux observations de lésion des nerfs ; dans l'une, où il s'agit d'une saignée de la saphène au pied, la malade ressentit au moment de l'opération une très-vive douleur, fut prise bientôt après de mouvements convulsifs dans l'extrémité blessée et de là dans tout le corps.

Cet état persistant malgré les moyens thérapeutiques employés, Sabatier conseilla l'incision profonde des téguments de la malléole interne, opération qui ne fut pas exécutée.

Dans l'autre, un jeune homme, à la suite d'un coup d'épée qui ouvrit la veine saphène près du genou et lésa le nerf, fut atteint de gonflement du membre et de douleur intense persistante, contre laquelle Sabatier conseilla la cautérisation, qui ne fut pas acceptée par le malade.

Dans l'un et l'autre cas, les blessés ne recouvrèrent la santé qu'après un temps très-long. (Sabatier-Dupuytren, édition Sanson et Bégin, 1852, p. 162 et suivantes.)

Les éditeurs de Sabatier rappellent, d'après Bosquillon, l'histoire de deux enfants qui moururent l'un au neuvième, l'autre au dix-huitième jour d'une saignée de la jugulaire.

On trouve dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, par Corvisart, Leroux et Boyer (t. X, an XIII, p. 308), une observation de M. Verpinet sur la lésion d'un filet nerveux à l'avant-bras, analogue à celle qui peut survenir dans la saignée. La guérison suivit la destruction de la cicatrice par la cautérisation avec le fer rouge, conseillée par Petit (de Lyon).

M. Borelli (*Gaz. hebd.*, t. VI, p. 63), d'après la *Gazetta medica italiana Stati sardi*, du 8 novembre 1858), cite un cas de saignée de la radiale au pli du coude, qui fut suivi d'accidents de contractures et de douleurs. La section sous-cutanée de la partie profonde de la cicatrice amena la guérison.

Plusieurs faits semblables ou analogues sont relatés dans un mémoire de M. John Hamilton. (*On the effects of wound of nerves*, in Dublin *Journal of medical science*, 1838, vol. XIII, p. 38). On y trouve :

1° Une observation de Crampton. Une dame de dix-huit ans, saignée au bras droit, ressentait des douleurs parfois atroces : tous les moyens employés pour les combattre échouèrent. Crampton réséqua un quart de pouce du nerf, et l'opération, sans résultat complet immédiat, amena néanmoins un grand soulagement. La cicatrice, redevenue douloureuse, fut excisée. La malade guérit de son affection locale, mais était affectée d'une névrose générale.

2° Une observation de Scherweis et Watson, dans laquelle des incisions au-dessous de la plaie amenèrent la guérison de douleurs succédant à une saignée.

Le même mémoire renferme un bon nombre d'observations de plaies superficielles ne paraissant intéresser que des filets nerveux cutanés et ayant donné naissance à des névralgies violentes plus ou moins bizarres et irrégulières, fort comparables à celle dont M. Vinatier nous a adressé la relation. Dans un certain nombre de ces cas, la section ou l'excision donnèrent de très-bons résultats.

M. ROBERT, d'après de nouveaux détails qu'il a reçus de M. Vinatier sur l'accident qui fait le sujet de son observation, est en droit de penser que le manuel opératoire de la saignée a laissé beaucoup à désirer, et peut inspirer quelques présomptions sur la lésion d'un nerf important comme le radial. Cependant, la sensibilité seule ayant été intéressée tout d'abord, M. Robert maintient l'opinion que les accidents procèdent de la blessure du nerf musculo-cutané, et que la destruction de la cicatrice est le moyen de traitement qui lui paraît le plus convenable, sauf meilleur avis.

M. Robert a vu avec Sanson, à l'hôpital de la Pitié, une gangrène du bras survenir en 24 heures, à la suite d'une saignée qui avait été fort douloureuse.

M. VERNEUIL fait remarquer que dans les observations qu'il vient d'indiquer, des contractures musculaires se sont montrées avec les douleurs. Sir Crampton pense que, dans le fait qu'il a observé, le nerf radial avait été lésé. Mais s'il en était généralement ainsi, il y aurait une paralysie des extenseurs de la main et du poignet, phénomène peu probable, puisque le nerf radial, à la hauteur où l'on pratique la saignée, a déjà fourni ses rameaux musculaires. Si néanmoins la lésion du nerf radial avait eu lieu, comment pourrait-il se faire qu'après une opération curatrice consistant à couper ce cordon nerveux, les mouvements puissent se rétablir ? Selon M. Verneuil, la nature des opérations pratiquées démontre que les lésions avaient intéressé des nerfs musculo-cutanés.

M. ROBERT n'affirme pas que le nerf radial ait été intéressé dans le cas rapporté par M. Vinatier : il répète encore qu'il croit à une lésion d'un nerf musculo-cutané, tout en ne s'expliquant pas comment la simple piqûre d'un nerf de la peau peut amener la paralysie.

M. Robert communique *in extenso* l'observation de M. Vinatier :

Mme X....., religieuse, âgée de trente-huit ans, a joui d'une santé excellente jusqu'à l'âge de vingt-quatre. Depuis cette époque, elle a eu successivement, fièvre miliaire, pneumonie, fièvre typhoïde. Les maladies et les traitements antiphlogistiques mis en vigueur, ont fait tomber Mme X..... dans un état chloro-anémique. La fatigue et les privations qu'elle s'est toujours imposées, l'ont laissée depuis dans un état d'amaigrissement assez prononcé. Depuis quatorze ans, elle n'a pas eu de maladie grave.

Au mois de mars 1858, Mme X..... fut saignée au bras gauche sur la médiane céphalique. Au moment même elle ressentit une douleur *très-vive* à l'endroit de la saignée ; cette douleur se fit également sentir suivant tout le trajet que nous indiquerons. Depuis ce jour les douleurs n'ont pas cessé, très-vives, lancinantes, s'exaspérant par intervalles, laissant à peine du repos à la malade. Les mouvements étaient fort douloureux ; le mouvement de pronation fut même complétement impossible pendant le mois qui suivit la saignée. Cependant la malade, douée d'un grand courage, surmontait les douleurs, et continuait ses occupations sans se plaindre.

Au mois de juillet 1859, il y eut une légère diminution dans les douleurs, mais en même temps sentiment de lourdeur de l'avant-bras ;

la malade éprouvait quelque peine à lui faire exécuter ses mouvements. Les fourmillements dans le pouce et le médius, qui ne se faisaient sentir que chaque fois que la douleur était réveillée dans l'avant-bras, devinrent continus à partir de ce moment. Douleur très-vive dans l'éminence hypothénar et la partie de la main correspondant au pouce, à l'indicateur et au médius. Enfin la malade ne put plus saisir aucun objet avec ses doigts.

Le 19 février 1860, je fus appelé, et je constatai l'état suivant :

L'avant-bras et la main de la malade lui semblent un fardeau si lourd, qu'elle est obligée de les supporter avec son bras droit. Elle ne peut faire aucun usage de sa main. Il faut en excepter cependant l'annulaire et le petit doigt, qui ne participent aucunement de la paralysie. C'est à peine si les trois autres doigts peuvent se fléchir légèrement. Fourmillements dans le pouce et le médius. Le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras est lent, pénible et fort incomplet. Le bras commence à être pesant pour la malade. Les douleurs sont toujours très-vives par intervalles dans l'avant-bras, et suivent *exactement* le trajet d'une ligne brisée, qui, partant de la cicatrice de la saignée (médiane céphalique au pli du coude), descendrait le long du bord interne du muscle grand supinateur, deviendrait externe vers la partie moyenne de l'avant-bras et descendrait le long du bord interne de la face postérieure du radius jusqu'à l'articulation radio-carpienne. Là, la douleur s'irradie dans la partie de la main correspondant aux trois premiers doigts, et est surtout vive dans la tabatière anatomique et dans l'éminence hypothénar. — Sur quelque point de la ligne qu'on vienne à exercer une pression, la douleur est immédiatement réveillée tout le long du trajet indiqué.

Elle est surtout intolérable au niveau de la cicatrice de la saignée et à la partie inférieure externe de l'avant-bras. Le bras n'est le siége d'aucune douleur ; la sensibilité est partout conservée.

Malgré l'exploration la plus attentive, je n'ai pu découvrir aucune espèce de tumeur le long du trajet indiqué.

Pour remédier aux accidents produits par cette blessure de nerf, je résolus d'employer les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine avec la seringue de Pravaz, le long du trajet douloureux, puis l'électricité, pour remédier à la paralysie.

Du 19 février au 15 mars, j'ai fait 13 injections de sulfate d'atropine, chaque fois de 5 gouttes de solution au 100e. Je n'ai pu élever la dose, car les symptômes d'intoxication sont très-prononcés. J'ai obtenu l'abolition complète de la douleur, même à la pression,

dans une longueur de 0m07, à partir de la cicatrice de la saignée (c'était le point le plus douloureux). Dans tout le reste de l'avant-bras et la main, il y a diminution sensible.

J'ai pu le 5 mars commencer à appliquer l'électricité. Il y a amélioration sensible de la paralysie. Mais depuis que j'ai cessé les injections, la douleur revient plus vive dans les parties où elle n'a jamais été éteinte. Elle ne reparaît pas dans la partie où j'ai fait un grand nombre d'injections, et où était son point de départ. Je dois noter que depuis dix jours il y a anesthésie cutanée de la moitié externe de la circonférence de l'avant-bras dans la moitié de sa hauteur à partir du poignet. Depuis quelques jours, cette anesthésie semble plutôt diminuer qu'augmenter.

Que penser des autres méthodes de traitement : section en travers du nerf blessé, — extirpation partielle, — cautérisation ?

La malade était réglée à cette époque, comme elle l'est encore aujourd'hui, fort irrégulièrement. Cette irrégularité de la menstruation survint il y a huit ans, symptomatique d'un état chloro-anémique consécutif à des maladies graves (suette miliaire, fièvre typhoïde) et à de nombreuses émissions sanguines.

J'ai exploré avec le plus grand soin l'aisselle, la région claviculaire, de même que le bras et l'avant-bras, sans y découvrir la moindre tumeur.

A l'époque où la malade me fut présentée, son bras était amaigri, les chairs en étaient flasques et commençaient à s'atrophier.

J'ai dit dans mon observation ce qu'il en était des mouvements du membre. La sensibilité cutanée était partout normale. Si les muscles n'obéissaient plus à la volonté, ils étaient tous excitables au même degré par la pile. La sensibilité générale et la sensibilité spéciale au muscle n'ont jamais cessé d'exister, *excepté dans les muscles de la région externe de l'avant-bras*, qui perçoivent bien la douleur, mais qui ne *donnent pas à la malade la sensation d'activité musculaire* (Gerdy) si on vient à les faire traverser par un courant électrique. Ils se contractent néanmoins très-bien sous l'influence de cet agent.

J'ai dû noter dans mon observation l'anesthésie cutanée de la moitié externe de la circonférence de l'avant-bras à partir de sa partie moyenne jusqu'au poignet. J'ai dû noter aussi le refroidissement fréquent du bras et la peine qu'avait la malade pour le réchauffer. Cette anesthésie n'est survenue que vers la fin de février dernier.

A la même époque, la douleur qui était partie du pli du coude et n'avait jamais remonté, se fit sentir pendant deux jours au bras, sur le trajet

du nerf radial, à l'endroit où il quitte la gouttière humérale pour devenir antérieur. (Une injection d'atropine en ce point fit disparaître la douleur, qui n'est plus revenue depuis.)

Depuis le 3 mars jusqu'à ce jour, j'ai fait douze nouvelles injections d'atropine. Chaque jour le bras est graissé avec la pommade de strychnine au 60e. Depuis la même époque, électrisation tous les jours du bras, de l'avant-bras et de la main pendant une heure.

L'amélioration est notable, comme vous allez pouvoir en juger.

État actuel. — Le bras n'est le siége d'aucune douleur. Cependant si on applique les deux réophores de la pile sur le trajet du nerf radial ou sur celui du musculo-cutané, la douleur primitive se trouve réveillée le long du trajet de ces nerfs à l'avant-bras et à la main, mais cette douleur cesse avec le courant. Quand le bras est maintenu contre un point d'appui, la malade peut fléchir assez facilement et complétement l'avant-bras sur le bras. Mais une fois le membre dans cette position, si la malade veut étendre l'avant-bras, celui-ci retombe de tout son poids.

La sensibilité cutanée est revenue dans tout l'avant-bras. (J'ai électrisé toute la partie de peau insensible avec le balai métallique qu'on trouve dans les appareils de Legendre et Morin.) Quand la sensibilité fut revenue dans ces parties, l'anesthésie descendit et envahit toute la peau des faces dorsale et palmaire de la main qui correspondent au pouce, à l'indicateur et au médius, ainsi que l'enveloppe cutanée du pouce et du médius.

Aujourd'hui la sensibilité commence à revenir dans ces parties. Jamais le sens du tact n'a été altéré dans aucun des doigts.

L'indicateur, qui toujours, du reste, a été le doigt le moins malade, est complétement guéri, aussi fort et aussi sensible que son congénère de l'autre bras. L'anesthésie cutanée s'arrête juste à son articulation métacarpo-phalangienne.

La paralysie du mouvement est sensiblement améliorée dans le médius et le pouce. Grâce à la fonction rétablie de l'indicateur, l'annulaire et le petit doigt n'ayant jamais été atteints, la malade peut maintenant serrer assez fortement.

Les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont possibles à la malade, quoiqu'un peu lents. Les mouvements de l'articulation du poignet sont en grande partie rétablis.

Le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras n'est pas douloureux; il fatigue seulement beaucoup la malade. Tous les autres mouvements possibles sont encore un peu douloureux. Quand l'élec-

tricité est appliquée sur les muscles de l'avant-bras auxquels fournit le nerf radial, la douleur névralgique est réveillée et s'étend jusqu'au bout du pouce et du médius, mais beaucoup moins vive.

Quand le membre malade est au repos, Mme X... ne sent plus que très-peu de douleurs, et par intervalles seulement.

Dans le cours du traitement, la douleur s'irradie de temps en temps aux muscles de la région postérieure de l'avant-bras, auxquels fournit le nerf radial.

Le bras entier a repris *tout son embonpoint*. La malade le considère toujours comme un fardeau à supporter, mais beaucoup plus léger cependant.

Il ne se refroidit plus comme autrefois.

P. S. J'oubliais de dire que, avant d'employer le traitement actuel, j'avais mis en usage des liniments chloroformés opiacés, sans aucun résultat.

La malade est soumise à un régime tonique et ferrugineux.

M. FOLLIN met sous les yeux de la Société l'appareil de M. le docteur Czermak, destiné à l'exploration du larynx, et invite ses collègues à vouloir bien l'expérimenter sous la direction de M. le docteur Czermak lui-même, présent à la séance.

M. LARREY fait observer que la priorité de la laryngoscopie n'appartient pas à M. Czermak, comme ce chirurgien en convient lui-même; l'idée première en est venue à Garcia fils, qui avait fait construire un instrument pour la pratiquer. Liston aurait imaginé dans le même but un appareil analogue à celui de E. Garcia. M. Czermak a fécondé les essais de Liston et de E. Garcia, et, par la disposition de son instrument, il a rendu plus facile l'exploration du larynx.

CORRESPONDANCE.

M. Boinet dépose sur le bureau un exemplaire de son mémoire intitulé : *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes de l'ovaire*. Paris, 1860, in-8°.

— M. Morel-Lavallée dépose sur le bureau un exemplaire de son mémoire intitulé : *Moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures* (bandage articulé). Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Gyoux fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse intitulée : *Des opérations destinées à diminuer le volume du fœtus*. Paris, 1859, in-4°.

M. le docteur Bazire envoie à la Société deux exemplaires de sa

thèse inaugurale, intitulée : *De la résection de l'articulation coxo-fémorale dans certains cas de coxalgie*. Cette thèse, soutenue à Paris le 30 mars 1860, est la monographie la plus complète qui existe jusqu'ici sur la résection coxo-fémorale. L'auteur y a rassemblé trente-deux observations qu'il a mises en ordre avec beaucoup de soin.

M. Bazire, ancien interne à l'hôpital de University College à Londres, demande à être admis au concours du prix Duval ; mais, aux termes de la lettre où est formulée la volonté du testateur, les anciens internes des hôpitaux civils de France, ou les docteurs qui ont rempli des fonctions équivalentes dans les hôpitaux français de l'armée ou de la marine en France, sont seuls admis à concourir. Le bureau regrette donc de ne pouvoir inscrire M. Bazire au nombre des candidats au prix Duval, et il le regrette d'autant plus, que la thèse de ce confrère est une œuvre très-remarquable.

Sur la proposition de M. Laborie, M. le président désigne une commission, composée de MM. Legouest, Follin et Verneuil, chargée de faire un rapport sur la thèse de M. Bazire.

— M. Eugène Desprez fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse inaugurale, intitulée : *Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire*. Paris, 1857, in-8°.

L'auteur envoie cette thèse à titre de renseignement, à l'occasion de la discussion provoquée par le rapport de M. Verneuil. Il y joint une lettre dont voici un extrait :

« L'ouverture naso-faciale que je préconise, et qui a été approuvée par des hommes éminents, me paraît devoir être appliquée dans un certain nombre de cas, et me semble surtout indiquée quand le polype tend à se faire jour en avant.

» Lorsque l'incision latérale du nez a été opérée, la cloison cartilagineuse détachée, l'ablation du vomer pratiquée, comme je le dis dans ma thèse, on fait sauter, après avoir décollé le périoste, le bord antérieur du maxillaire ; alors le chirurgien, s'il le juge nécessaire, peut encore réséquer 2, 3, 4 centimètres, suivant les sujets, et il arrive tout près du sinus maxillaire, dans lequel il va chercher l'embranchement du polype, s'il y a lieu ; et comme les parties molles de la face gênent pour opérer cette manœuvre, il n'y a qu'à faire l'incision du sillon jugo-labial, qui ne laissera presque pas de trace après la cicatrisation. »

Il est ainsi possible, comme le désire M. Verneuil dans son rapport sur le travail de M. Rampolla, d'élargir la voie sans occasionner pour-

tant de grandes mutilations; c'est mettre à profit les désordres produits par la maladie, pour la guérir.

J'ai cherché dans mon travail à créer une voie large et directe vers l'insertion du polype, et en même temps à éviter, autant qu'il se peut, les stigmates d'une opération de cette nature.

— MM. Larrey et Richet, faisant partie du jury du concours d'agrégation à la Faculté, demandent un congé pendant la durée des épreuves de ce concours.

— M. AD. RICHARD, à propos de la correspondance, communique à la Société un cas de guérison de tétanos transmis par M. le docteur Pescheux, de Verneuil (Eure).

Une pauvre femme de Verneuil est renversée par une cheminée en brique qui s'écroule sur elle. Le résultat de cet accident fut une longue plaie au cuir chevelu, réunie et guérie promptement; plus une fracture des deux os de la jambe compliquée de plaie.

Depuis trois semaines tout marchait bien, quand tout à coup, après de vives douleurs dans le membre blessé, les mâchoires se serrèrent, la déglutition devint pénible, puis le trismus fut aussi prononcé que possible.

Enfin, tout le cortége du tétanos le plus violent se manifesta : presque aucun muscle ne parut échapper à la roideur tétanique et à ces crises de tiraillements douloureux qui caractérisent cette épouvantable affection.

Pendant deux jours, aucune parcelle solide ou liquide ne traversa le pharynx. Tout fut employé sans succès : opium et belladone, musc et castoréum.

Enfin, l'idée vint au docteur Pescheux de faire à la nuque et sur le trajet des apophyses épineuses une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine au 100e. Les deux tiers de la seringue de Pravaz furent injectés. La malade fut prise des accidents qui ont été signalés : sécheresse de la bouche et de la gorge, mydriase, délire, hallucinations, le tout pendant douze heures.

Elle sortit de cet état avec une amélioration notable; la déglutition devint assez facile, les tiraillements douloureux disparurent. Une seconde injection fut faite après vingt-quatre heures; elle causa une intoxication moins marquée, et fit disparaître les dernières traces de tétanos.

Depuis six jours, écrit le docteur Pescheux, il n'est survenu aucun accident tétanique. Malheureusement la malade est prise en ce moment d'une pneumonie double qui met ses jours en danger.

— **M. VERNEUIL.** M. le docteur Giambattista Borelli, chirurgien de l'hôpital Saint-Maurice et Saint-Lazare à Turin, adresse à la Société de chirurgie un fascicule qui renferme des observations intéressantes et une brochure sur les résections sous-périostées. M. Verneuil, suivant le désir de l'auteur, indique sommairement le contenu de ces travaux.

Le premier, intitulé *Osservazioni cliniche e commenti patologico-operativi intorno ad alcune operazione chirurgiche praticate per malattie della mandibola inferiore et per tumori della cavità faryngo-cranio-nasale,* renferme cinq observations détaillées.

1° La première concerne une vaste tumeur du côté gauche de la mâchoire inférieure, d'un diagnostic d'abord incertain, et qu'on soupçonna cependant être composée de kystes multiples, à parois osseuses, développés entre les deux tables de la mâchoire. Une ponction exploratrice laissa encore le diagnostic douteux. On opéra d'abord une portion de la tumeur; qui était en effet composée de kystes. L'exécution et les suites furent très-simples : une seconde opération acheva la destruction du mal. On obtint une guérison radicale sans difformité, car on avait manœuvré uniquement par l'intérieur de la cavité buccale et sans incisions extérieures. Le sujet de cette observation était un ecclésiastique de soixante-dix ans. Le mal, qui avait débuté en 1842, fut traité et guéri en 1849.

2° Kyste osseux uniloculaire très-volumineux occupant toute la moitié droite et une partie de la moitié gauche de la portion horizontale de la mâchoire chez un garçon de douze ans. La tumeur était de nature fongueuse et hématique; on fit la résection de la portion de mâchoire qui était envahie par le kyste. La guérison parfaite fut obtenue sans laisser de gêne ni de difformité considérable. Etant rentré à l'hôpital longtemps après pour un petit trajet fistuleux sur la cicatrice, l'enfant fut pris de variole noire et succomba.

3° Nécrose phosphorique de la presque totalité de la mâchoire inférieure chez une fille de vingt ans à antécédents syphilitiques. Extirpation sous-cutanée et sous-périostique de la totalité du maxillaire. Suites primitives très-simples et très-régulières; érysipèle par refroidissement survenu le quinzième jour. Mort le vingtième. Autopsie; détails anatomiques intéressants sur le séquestre et les pièces osseuses nouvelles dont il était doublé en certains points.

4° Polype naso-pharyngien occupant la narine droite chez un homme de vingt-trois ans. Première opération par l'extirpation ordinaire; récidive. Deuxième opération avec incision préalable du voile

du palais ; récidive. Troisième opération précédée de l'incision du fibro-cartilage nasal ; récidive. Quatrième opération ; fente du nez et de la lèvre supérieure dans toute leur hauteur ; extirpation suivie d'une cautérisation actuelle énergique de toute la cavité pharyngo-naso-crânienne. Le malade, exténué avant cette dernière et laborieuse opération, fut cette fois guéri radicalement.

5° Tumeur fibro-plastique derrière le voile du palais (polype naso-pharyngien en voie de développement et d'accroissement) chez une fille de treize ans. Marche rapide du mal, menace de suffocation. Etat général très-grave, épuisement excessif. Exploration au moyen de la section médiane du voile du palais. Aucune adhérence avec cet organe. Implantation de la tumeur sur l'apophyse basilaire et sur le corps des premières vertèbres cervicales. Extirpation et cautérisation. Réussite primitive de l'opération. Soulagement très-grand ; retour des forces et rétablissement successif momentané. Dyssenterie survenant vers le vingtième jour. Mort par épuisement.

Le second travail de M. Borelli, intitulé *Cenni storico patologici interno alle risezioni sotto periostie* (Torino, 1858), est consacré à l'histoire des résections sous-périostées, ce beau fleuron de la chirurgie italienne moderne dont il est si singulier de voir quelques auteurs contester la valeur scientifique et l'utilité pratique. Une partie du mémoire est consacrée à l'examen historique de la question, et tout en citant avec éloges les travaux d'un chirurgien russe, Rklitsky (de Saint-Pétersbourg), il revendique avec chaleur les droits de M. Larghi (de Verceil). Il examine les objections faites à ces opérations, et démontre sans peine leur peu de valeur ; il apprécie ensuite l'opération que M. Sédillot a décrite sous le nom d'évidement des os, et en fait la juste critique. Il termine en citant encore les travaux de MM. Paravicini, Mangolo, et enfin en rapportant une belle observation qui lui est propre. Ce mémoire est très-intéressant.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BOUVIER présente une jeune fille de douze ans qui fut atteinte, il y a huit mois, d'une entorse du pied gauche. Elle fut traitée à l'hôpital Sainte-Eugénie : M. Marjolin pourrait donc compléter les détails qui nous manquent sur les premières phases de son accident. Elle présente aujourd'hui une déviation latérale du pied en dehors ; les muscles péroniers sont rétractés ; les saillies de la malléole interne, de l'astragale et du scaphoïde sont exagérées ; la voûte du pied est conservée ; les douleurs sont très-vives ; en un mot, le pied de cette

jeune fille offre à l'observation l'apparence d'un pied creux valgus. M. Bouvier demande l'avis de ses collègues sur les moyens de traitement applicables à cette affection.

M. RICHARD considère ce cas comme tout à fait insolite. Il pense que les travaux récents de M. Duchenne (de Boulogne), sur les fonctions des muscles de la jambe et du pied, pourraient en donner l'explication. Nul autre que M. Bouvier n'est plus compétent en pareille matière.

M. GOSSELIN est d'avis, comme M. Richard, que le fait soumis à l'observation de la Société est assez rare.

Il y voit deux ordres distincts de lésions :

1° Une arthrite tibio-tarsienne avec contracture des muscles, comme il a pu en constater deux cas dans sa pratique.

2° La déformation consécutive des entorses du pied compliquées de fracture du péroné ou d'arrachement des ligaments. Ce dernier accident lui paraît avoir eu lieu chez cette jeune fille.

Il pense que le repos tout d'abord, et un appareil inamovible, devraient être employés et triompheraient de la douleur.

Quant à la déformation, il la considère comme irrémédiable.

M. RICHARD fait remarquer que des contractures musculaires surviennent sans lésions traumatiques, et que ces contractures peuvent guérir. Nous ne connaissons pas la raison de ces contractures ; nous constatons souvent leur existence, nous constatons leur disparition, et voilà tout. La contracture, pour lui, chez la malade présentée, est spéciale, et ne constitue pas l'accessoire de la maladie.

M. CHASSAIGNAC, en analysant ce fait, y voit : 1° une sensibilité anormale de l'article ; 2° une déviation du pied en dehors ; 3° une exagération de courbure de la voûte plantaire.

La douleur, comme le pense M. Gosselin, est le résultat d'une lésion chronique de l'articulation.

Il croit que les travaux de M. Duchenne sont assez connus pour que la discussion sur l'opportunité de la section d'un des muscles de la jambe se rendant au pied soit généralisée ; et, pour son compte, s'il y avait sur cette jeune malade une section musculaire à pratiquer, il pense que ce devrait être celle du long péronier latéral.

M. GOSSELIN n'a pas eu l'intention de dire, comme semble le croire M. Richard, qu'il n'existe pas de contractures idiopathiques ; mais chez la malade en question, il y a eu une cause traumatique pour point de départ des accidents observés, et le gonflement de la mal-

léole interne et de l'astragale lui fait admettre que ces os sont le siége d'un léger travail d'ostéite.

M. MARJOLIN a reçu cette jeune malade à l'hôpital Sainte-Eugénie le 1er janvier 1859. Il constata une entorse peu grave, et fit appliquer un appareil inamovible, plutôt pour empêcher sa malade de courir dans les salles que comme moyen de traitement.

Il considère que toutes les contusions voisines des épiphyses et toutes les entorses sont très-dangereuses chez les enfants, et deviennent fréquemment, lorsqu'elles sont négligées, le point de départ de tumeurs blanches.

Cette jeune fille, quand elle est sortie de ses salles, a été visitée avec soin et a passé un mois aux convalescents. Quand elle est sortie définitivement, elle ne présentait aucun accident ; aussi M. Marjolin se range-t-il à l'opinion que la déformation actuelle est survenue consécutivement.

M. LARREY ajoute que dans l'armée, les recherches statistiques sur les conséquences des entorses ont prouvé que cet accident était très-souvent suivi de tumeurs blanches ; aussi a-t-il demandé que les militaires atteints d'entorse fussent astreints à un repos prolongé.

M. BOUVIER constate que deux opinions tendent à s'établir : 1° dans l'une, le fait observé paraît léger ; 2° dans l'autre, au contraire, il est considéré comme grave.

Pour lui, il espère que les suites n'en seront pas sérieuses. Il se propose d'anesthésier la jeune malade, et, sans avoir recours à la ténotomie, d'allonger instantanément le pied sur la jambe en le portant dans l'adduction, et de le maintenir dans cette situation nouvelle au moyen d'un bandage inamovible rapidement solidifiable, comme le bandage plâtré.

M. CHASSAIGNAC croit pouvoir prédire à M. Bouvier qu'il obtiendra par ce moyen la disparition du valgus, mais non celle du pied creux. Les appareils inamovibles sont impuissants contre cette seconde déformation, comme il a pu s'en convaincre deux fois dans sa pratique.

M. BOUVIER ne voit point sur le pied de sa jeune malade qu'il existe un pied creux, et il pense que les moyens qu'il vient d'indiquer suffiront pour amener la guérison.

— M. COULON, interne du service de M. Marjolin, lit une observa-

tion de bec-de-lièvre, dont l'importance fait remettre la discussion des considérations qu'elle présente à la prochaine séance.

G... (Eugène) fut apporté à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marjolin, le 15 mars 1860, trois jours révolus après sa naissance.

Cet enfant, venu à terme, est d'une force ordinaire et pèse 2 kilogr. 900 grammes.

Personne dans sa famille n'a de bec-de-lièvre.

La lèvre supérieure manque dans toute sa partie médiane; l'arcade alvéolo-dentaire est absente dans la même étendue.

En ouvrant la bouche du malade, on voit au niveau des os maxillaires un tubercule bifide qui représente les os intermaxillaires. Ce tubercule ne tient à l'os maxillaire droit que par un petit pédicule osseux assez élastique; loin d'être saillant en avant et en bas, il est au contraire refoulé en arrière et en haut sur le même plan que la voûte palatine.

Il semble que l'on ait affaire à un bec-de-lièvre double avec absence complète de la partie médiane de la lèvre.

La voûte palatine, le voile du palais, sont divisés dans leur partie médiane, dans le sens antéro-postérieur.

Les os maxillaires supérieurs présentent un écartement considérable, de telle sorte que l'on aperçoit bien des deux côtés, et surtout à gauche, les cornets.

Les ailes du nez sont élargies, le nez considérablement aplati. Lorsque l'enfant ferme la bouche, la lèvre inférieure est en contact avec le bord libre des ailes du nez, et se trouve même sur un plan antérieur à cet organe.

Cet enfant ne peut pas teter; aussitôt qu'il prend le sein, il s'asphyxie, et il est obligé de le quitter immédiatement pour respirer, l'ouverture des narines se trouvant entièrement fermée. On l'a nourri en lui donnant à la cuiller un peu de lait coupé avec de l'eau d'orge.

Comme état général, nous devons noter l'œdème aux mains et aux pieds.

Le 16 mars, quatrième jour révolu après la naissance, l'enfant est plus amaigri que la veille, les traits de la face sont plus altérés. M. Marjolin, en présence de MM. Jarjavay et Depaul, enlève avec des ciseaux le tubercule médian que l'on croyait constitué par les os intermaxillaires.

Une fois ce tubercule enlevé, on reconnaît qu'il est formé de deux parties, l'une droite ostéo-cartilagineuse, l'autre gauche cutanée;

cette partie gauche n'est autre chose que la portion moyenne de la lèvre supérieure, que l'on croyait absente ; cette portion moyenne est très-petite. Avant d'être enlevée, elle présentait l'aspect d'une muqueuse; elle était située horizontalement en arrière, à côté de l'os intermaxillaire droit, et semblait constituer l'os intermaxillaire gauche.

La partie droite ostéo-cartilagineuse représente bien l'os intermaxillaire droit et renferme une dent incisive.

L'os intermaxillaire gauche n'existe pas.

Après cette excision du tubercule médian, il y a un léger écoulement sanguin, qui est facilement arrêté par l'application d'un point de feu.

Le 17 mars, l'enfant a un peu de muguet. M. Marjolin fait le second temps de l'opération ; il avive les bords du bec-de-lièvre dans toute leur hauteur à l'aide du bistouri, puis il sépare les parties molles des os dans une grande étendue afin de faciliter le rapprochement des bords de la division congénitale. Pendant ce temps, l'écoulement sanguin est arrêté par la compression faite par les aides sur la joue. Les bords de la plaie sont réunis au moyen de la suture entortillée pratiquée avec deux épingles passées beaucoup plus près de la muqueuse labiale que de la peau.

Les lèvres de la plaie avaient été rapprochées assez difficilement, malgré la dissection très-étendue de la muqueuse buccale; et bien que la suture fût terminée, du sang continuait à couler d'une façon sinon considérable, au moins assez inquiétante à cause de l'âge de l'enfant; aussi fallut-il faire immédiatement des irrigations d'eau vinaigrée et des applications de perchlorure de fer; ces moyens ayant échoué, et M. Marjolin craignant que l'enfant ne s'affaiblît trop, résolut de voir nettement la source de l'hémorrhagie; en conséquence il enleva les fils, et, s'apercevant que les deux bords de la plaie n'étaient pas exactement rapprochés dans toute leur étendue, mais qu'il restait à la partie inférieure un point où l'on voyait entre eux un léger écartement, il passa une troisième épingle.

Aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta, mais l'enfant avait en somme perdu une quantité de sang assez notable; il était très-pâle, et l'on eut quelque peine à le faire sortir de cet état de faiblesse, qui, en se prolongeant, eût inspiré de l'inquiétude. Peu de temps après il prit facilement du lait coupé et un peu de vin.

Le 18, l'enfant néanmoins est toujours très-pâle. Trente heures après l'opération, il succombe.

Autopsie. — Il n'y a pas d'adhérence des bords du bec-de-lièvre.

Les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins ne présentent aucun vice de conformation, ni d'autre altération qu'une congestion assez prononcée.

Les organes génitaux n'offrent rien à noter, si ce n'est que l'ouverture préputiale est très-étroite.

En plongeant le scalpel dans la suture sagittale, on donne issue à une quantité considérable de sérosité. En ouvrant ensuite le crâne, on trouve l'hémisphère cérébral gauche réduit à une pellicule très-mince; l'hémisphère cérébral droit n'a pas plus de 1 centimètre d'épaisseur. Le liquide occupe les ventricules latéraux énormément dilatés; sa quantité est considérable, attendu que la moitié seule recueillie a suffi pour remplir un flacon de 250 grammes.

Pendant la vie rien n'avait fait soupçonner l'existence d'une hydrocéphalie; le volume de la tête était normal; les fontanelles et les sutures n'offraient rien de particulier; l'enfant avait bien eu de brusques alternatives de rougeur et de pâleur à la face, mais on se demandait si ce n'était pas le résultat des efforts pour uriner, l'ouverture du prépuce étant, comme nous l'avons dit, des plus étroites.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 12 avril 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance.

La Société a reçu :

1° Le numéro 1er du t. III du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (1860);

2° *Le présent et l'avenir du corps de santé des armées de terre,* Paris, 1860; in-8°. 2 exemplaires. Par un anonyme.

— M. Houel fait hommage à la Société d'un exemplaire de son mémoire intitulé *De l'étranglement interne;* mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine. Paris, 1860; in-8°.

— M. le docteur Eugène Nélaton, prosecteur de la Faculté de médecine, envoie à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale pour le concours du prix Duval. Cette thèse est intitulée *Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeur bénigne des os ou tumeur à myéloplaxes*. Paris, 1860; in-4°.

— M. Debout fait hommage à la Société, au nom de M. Goyrand, d'Aix, membre correspondant, d'un mémoire intitulé *Sur la luxation du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet, en avant de l'extrémité inférieure du cubitus*, lésion très-commune chez les enfants en bas âge. Paris, 1860; in-8°. Trente exemplaires de ce travail sont mis à la disposition des membres de la Société.

A l'occasion de cet envoi, M. le président annonce que le mémoire de M. Goyrand avait été rédigé sous forme de lettre pour la Société de chirurgie; que, par suite d'un malentendu, il a été imprimé dans un journal avant d'être remis à la Société, et que dès lors le bureau n'a pas pu le faire figurer sur l'ordre du jour des séances. M. le président, tout en remerciant M. Goyrand de son intention, exprime donc le regret que la Société n'ait pas pu profiter d'un travail important qui lui était destiné, et qui, au lieu de figurer dans ses *Bulletins*, sera déposé aux *Archives*.

— M. Burq adresse un travail manuscrit intitulé *Des phénomènes dits hypnotiques, des conditions dans lesquelles se produisent sûrement ces phénomènes; de l'utilité de l'hypnotisme en médecine*. (Renvoyé à la commission de l'hypnotisme.)

— M. Robert, à propos de la correspondance, dépose sur le bureau, de la part de M. Michaux, de Louvain, un mémoire sur un *nouveau procédé pour détruire les polypes naso-pharyngiens à insertions larges et multiples, et à embranchements*.

Ce mémoire sera communiqué au moment de la discussion du rapport de M. Verneuil sur le procédé de M. Rampolla, pour opérer les polypes naso-pharyngiens.

— M. Jules Roux, de Toulon, membre correspondant, lit une *Observation d'anévrysme poplité droit spontané, traité par la compression indirecte et alternante, à l'aide des appareils polydactyle et à compression. — Guérison.*

M. BOUVIER présente une jeune malade pour laquelle il réclame l'avis de ses collègues.

C'est une jeune fille de quinze ans et demi, atteinte d'un pied creux équin très-prononcé. M. Bouvier, constatant que la ténotomie, depuis

un certain nombre d'années, tend à rétrécir le champ de ses applications, demande si, sur la malade présentée, il sera nécessaire de couper l'aponévrose plantaire en même temps que le tendon d'Achille, pour amener une conformation normale du pied.

M. HUGUIER trouve que le tendon d'Achille chez cette jeune fille est peu raccourci, qu'il peut prendre à peu près sa position régulière, et qu'il permet de placer le calcanéum horizontalement comme sur le pied sain. La flexion et l'incurvation du pied lui paraissent tenir surtout à la rétraction de l'aponévrose plantaire. Il conseille donc de couper tout d'abord l'aponévrose, et de placer le pied dans la situation la plus régulière que la section permettra de lui donner. Si, malgré la section de l'aponévrose plantaire, le talon ne s'abaisse pas, M. Huguier pense qu'il conviendra de couper le tendon d'Achille. L'important pour lui est de sectionner l'aponévrose avant le tendon, cette manière d'opérer donnant au talon plus de fixité et permettant de déployer plus de force dans les manœuvres destinées à redresser la partie antérieure du pied, qu'une opération portant simultanément sur l'aponévrose et sur le tendon.

M. CHASSAIGNAC. La rigidité des muscles constitue toute la difficulté de la réduction des pieds varus-équins.

Si cette difficulté est très-grande chez les enfants, alors que pour la vaincre on appelle à son aide les sections tendineuses et aponévrotiques et l'emploi des appareils, à plus forte raison sera-t-elle considérable chez une fille de quinze ans et demi, et doit-elle être combattue par tous les moyens dont la chirurgie peut disposer. Aussi M. Chassaignac pense-t-il qu'il faut faire la section et de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille; cette opération sera sans doute sans effet sur le pied creux, toujours très-difficile à redresser.

M. BOUVIER pense comme M. Chassaignac qu'il y a indication, en effet, d'employer toutes les ressources de la chirurgie pour amener le redressement du pied de sa malade; mais d'après les faits acquis à l'expérience, il croit que la section de l'aponévrose plantaire n'est pas en elle-même une ressource, que cette aponévrose ne résiste pas, et qu'elle s'allonge sous l'effort des appareils.

La résistance au redressement réside dans les ligaments plantaires et non dans l'aponévrose; c'est pourquoi M. Bouvier est peu disposé à faire la section de cette dernière.

M. CHASSAIGNAC base son opinion sur ce qu'il a observé chez une jeune fille atteinte de deux pieds creux, et chez laquelle la section de l'aponévrose plantaire amena l'extension du pied.

Sur la malade de M. Bouvier, les mouvements du pied tendent ou détendent la bride formée par l'aponévrose plantaire, et cette condition paraît devoir indiquer d'en faire la section.

M. VERNEUIL lit une note additionnelle à son rapport sur le travail de M. Rampolla.

M. VERNEUIL. Avant le début de la discussion sur le rapport que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société, je désire faire quelques additions et quelques rectifications qui demanderont d'ailleurs peu de temps.

J'ai reçu de M. Rampolla, auteur du mémoire dont je vous ai rendu compte, un supplément à son premier travail. Cette addition est fort courte, et je vais vous en donner la substance. D'accord avec votre rapporteur, notre confrère reconnaît que « son procédé, applicable aux polypes simples, de volume moyen et sans adhérences secondaires, serait inefficace si la tumeur était très-volumineuse, multilobée et soudée aux parties voisines par des adhérences consécutives. Si donc on avait affaire à une tumeur de ce genre, il faudrait modifier quelques-uns des temps du procédé. Les incisions extérieures et la perforation des os resteraient les mêmes; seulement, au lieu de conduire par la voie nouvelle un seul fil dans le pharynx, on en conduirait deux : l'un sur le côté interne, l'autre sur le côté externe du polype. Au bout buccal de chacun d'eux on attacherait une des extrémités de la chaîne; puis, en attirant ainsi les deux ligatures, on engagerait la tumeur dans l'anse métallique qu'on ferait glisser derrière le polype par des manœuvres convenables.

» Ceci fait, on engagerait les deux bouts de la chaîne dans la canule de l'écraseur et on procéderait comme d'ordinaire, la chaîne devant être plus longue et aussi plus forte, proportionnée, en d'autres termes, aux dimensions et à la résistance de la tumeur. »

Ce supplément au procédé ordinaire de M. Rampolla méritait d'être mentionné, mais il ne change rien, suivant moi, à l'appréciation générale que j'ai formulée sur la valeur de l'opération en général.

Je désire en dernier lieu faire une rectification importante au double point de vue de la vérité historique et de la vérité thérapeutique. J'avais cru, comme tous les auteurs contemporains, au moins les Français, que M. Flaubert fils (de Rouen) avait le premier réséqué l'os maxillaire supérieur en totalité, comme opération préparatoire à l'extirpation des polypes fibreux.

Or j'ai découvert presque par hasard, et par des recherches bibliographiques dont il serait trop long de vous exposer ici les détails,

que notre illustre collègue M. Syme (d'Edimbourg) avait fait la même opération et dans le même but vers le 12 août 1832, huit ans par conséquent avant notre confrère de Rouen.

Mais l'observation se trouve perdue au milieu d'un compte rendu de la Clinique d'Edimbourg inséré dans un journal de la même ville, et ce n'est qu'en triomphant d'un bon nombre d'indications bibliographiques fausses et inexactes que j'ai pu exhumer ce fait si important.

Faute de le connaître, j'étais tombé dans une erreur qui n'est pas sans gravité. En effet, quoique surpris moi-même de ce résultat, j'ai écrit dans mon rapport que sur dix cas de résection totale de la mâchoire pratiquée dans le but qui nous occupe et arrivés à ma connaissance, on ne comptait pas un seul cas de mort imputable à l'opération. Or l'observation de M. Syme change la statistique ; car s'il porte à onze le total des résections totales préparatoires, il y introduit un cas de mort dont la cause peut être obscure, mais qui ne peut être contesté.

Polype fibreux du nez (1). — Thomas W..., âgé de quinze ans, entra à l'hôpital en janvier 1832, pour un polype de la narine droite, qu'on pouvait apercevoir à l'orifice antérieur de la fosse nasale et sentir en portant le doigt en arrière du voile du palais. Il existait depuis plusieurs mois et s'accroissait rapidement. On essaya, peu de temps après l'admission du malade, d'extraire la tumeur, et l'on constata qu'elle offrait cette structure ferme et fibreuse décrite spécialement par Dupuytren.

Elle se laissait déchirer en long, mais elle résistait aux efforts de rupture transversale comme un tendon, et saignait copieusement quand on y touchait. D'après Dupuytren, ce genre de tumeur est rapidement et inévitablement mortel si on permet son développement, et l'avulsion est le seul moyen efficace de la détruire. C'est pourquoi on essaya à plusieurs reprises d'arracher le polype tout à la fois par le nez et par la bouche.

Une pince à fortes branches et à dents saillantes fut construite dans ce but, et la narine fut incisée et ouverte pour favoriser leur application. Quelques débris furent seuls extraits, et l'on découvrit bientôt que les insertions étaient étendues au point de rendre l'opération impraticable.

---

(1) Syme. 9e rapport de la Clinique chirurgicale d'Edimbourg. (*Edinburg med. and surgic. Journal*, t. XXXVIII ; 1832.)

Le patient fut donc renvoyé dès que l'incision de la narine fut guérie. Il revint le 12 août, très-affaibli et le visage profondément altéré. Le polype se montrait tout à la fois en dehors des narines et derrière le palais. Il y avait eu plusieurs hémorrhagies considérables. Il était évident que si la maladie n'était pas détruite, le malade périrait prochainement. L'urgence autorisait les moyens les plus extrêmes.

On s'était assuré que les insertions s'étendaient tout autour de l'orifice postérieur des fosses nasales, et tout portait à croire que l'ablation de l'os maxillaire supérieur les rendrait accessibles. Cette opération fut donc pratiquée ainsi qu'elle a été décrite dans notre dernier compte rendu, et sans autre difficulté que la résistance de l'opéré, qui avait perdu tout empire sur lui-même. Après qu'on eut enlevé l'os, il fallut *une grande force* pour détacher la tumeur de ses insertions. Elle fut totalement extraite. Elle mesurait 4 pouces de longueur, 2 1/2 de largeur et 1/2 d'épaisseur ; l'artère palatine supérieure fut le seul vaisseau profond qui exigea la ligature. La cavité fut remplie de fragments de *lint* et les angles de la plaie furent réunis par la suture.

Le lendemain soir, le pouls étant plein et fréquent, la respiration difficile, on fit une saignée de 12 onces. Le jour suivant, respiration facile. La plaie paraissait disposée à se réunir par première intention, tout semblait aller au mieux, et le malade prit de la nourriture. Le matin suivant, un de ses voisins lui parla : à cinq heures, il se disait très-bien, à six heures on le trouva mort.

A l'autopsie, on découvrit un autre polype qui prenait naissance dans la narine gauche et adhérait non-seulement à tout le bord supérieur et latéral de son orifice pharyngien, mais encore à la base du crâne. Sans aucun doute il échappa à la vue lors de l'opération, parce qu'il avait été refoulé par le premier. Sans doute aussi il avait augmenté de volume depuis qu'il était soustrait à la compression. Ce polype, du reste, n'aurait pas pu être enlevé, en sorte que le seul regret en ce qui touche l'opération est qu'elle ait été tentée. L'état désespéré du malade et le fait bien établi que les polypes fibreux se présentent presque constamment isolés (et non multiples, comme les excroissances molles de la cavité nasale), justifient suffisamment, nous l'espérons, notre tentative.

Aucune lésion morbide ne fut découverte, en sorte que la cause de la mort resta obscure.

Je terminerai, reprend M. Verneuil, en formulant un désir : Les polypes fibreux naso-pharyngiens, sans être très-communs, ne sont pas non plus très-rares, et il n'est guère de praticien un peu ancien

dans la profession qui n'ait eu occasion d'en voir ou d'en traiter : il serait donc bien à désirer que nos confrères de la province ou de l'étranger qui auraient quelque expérience sur ce point de pratique voulussent bien ouvrir leurs cartons ou interroger leurs souvenirs, afin de nous adresser des documents inédits. Déjà, sans y être conviés, quelques chirurgiens, M. Borelli (de Turin) et le docteur Despretz, nous ont adressé des travaux que nous connaissions et que nous avons appréciés ; mais il nous faudrait surtout, ce qu'on ne trouve guère dans les livres ou les journaux, des histoires d'insuccès. En présence d'une maladie aussi grave, aussi rebelle, avec une thérapeutique encore aussi incertaine, l'échec et le revers ne sont point déshonorants ; les avouer, c'est honorer la réalité dans la science et servir utilement la pratique ultérieure.

Si un tel appel était entendu, nous éviterions à l'avenir plus d'un écueil, plus d'un désastre ; nous pourrions substituer à des approximations dangereuses des préceptes plus sûrs, éviter enfin des désillusions funestes.

Votre rapporteur de son côté a écrit à plusieurs chirurgiens éminents, à M. Middeldorpff, à M. Michaux, et à d'autres encore. Ces deux savants confrères lui ont promis de prendre part à la discussion. Ces adhésions porteront leurs fruits, et votre assentiment encouragerait certainement d'une manière puissante d'autres praticiens à imiter cet exemple.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit les conclusions du travail de M. Michaux déposé par M. Robert. Ces conclusions sont les suivantes :

En résumé, dit M. Michaux, je pense qu'au point de vuo thérapeutique on peut diviser les polypes naso-pharyngiens, d'après leur volume, leurs insertions et leurs embranchements, en trois catégories :

1° Polypes petits à pédicule étroit s'insérant sur un seul point de la portion supérieure du pharynx ou de la partie postérieure des fosses nasales. Pour ces cas, rares à la vérité, la ligature pourra suffire, quoique le lien, quelque bien placé qu'il soit, ne détruise pas entièrement les racines du mal ; celles-ci pourront se flétrir, et on obtiendra une cure radicale. Dans le cas contraire, la repullulation pourra marcher très-lentement, et le polype ne gênera les fonctions que bien longtemps après qu'il aura été lié.

2° Polypes d'un volume moyen à insertions plus larges soit dans le pharynx, soit dans les fosses nasales, soit dans ces deux cavités à la fois, sans embranchements dans les régions voisines. Si les polypes

sont implantés dans le pharynx ou sur les ouvertures postérieures des fosses nasales, les procédés de M. Jobert (de Lamballe), de Manne, et même la boutonnière du voile mobile du palais, pourront convenir ; mais si ces polypes ont à la fois de fortes attaches dans le pharynx et les fosses nasales, le procédé en incisant le voile mobile du palais et en réséquant la voûte palatine me paraît indiqué.

3° Polypes volumineux remplissant en grande partie la portion supérieure du pharynx et bouchant les fosses nasales, à insertions larges, latérales (voyez les *Conférences cliniques* de M. Robert) et multiples, à embranchements dans les cavités voisines. Pour cette dernière catégorie, je pense que le procédé que j'ai exécuté sur Michel suffira le plus souvent. Ce procédé consiste à ouvrir largement le sinus maxillaire, et à enlever la paroi mitoyenne entre ce sinus et la fosse nasale, en comprenant dans cette excision osseuse l'apophyse ptérygoïde et une portion de la tubérosité maxillaire. Si même la voie ne paraissait pas assez large, on pourrait l'agrandir en détruisant la partie postérieure de la cloison nasale. Enfin, si ce dernier procédé était reconnu comme insuffisant, il faudrait procéder à l'ablation du maxillaire supérieur. Ainsi donc, quand on aura affaire à des polypes de cette troisième catégorie, on devra toujours se préparer à une résection totale ; mais je ne vois que de l'avantage à commencer par la résection partielle. Le seul inconvénient qui pourrait en résulter est une petite perte de temps.

Quelle que soit la voie que l'on se soit tracée pour arriver au polype, on cherchera à détruire celui-ci en une seule séance, si faire se peut, par l'excision combinée avec l'arrachement, et suivie de la rugination et de la cautérisation actuelle.

M. VERNEUIL fait remarquer que les conclusions de M. Michaux sont à peu près les mêmes que celles par lesquelles lui-même a terminé son rapport.

Il lui paraît cependant que M. Michaux est encore trop partisan des opérations préliminaires créant des voies étroites et de la ligature. La ligature entraîne des dangers de toutes sortes : récidive, douleurs, inflammation, suppuration et accidents d'infection.

M. Michaux pense qu'après l'application d'une ligature, deux résultats peuvent être observés : la destruction totale du polype, alors même que celui-ci n'est pas complétement étreint par le fil, ou une récidive lente de l'affection.

M. Verneuil nie la destruction consécutive de la totalité du polype après la ligature partielle ; pour lui, la ligature incomplète est tou-

jours suivie de récidive. Saviard, Thierry et d'autres ont observé la destruction de polypes qui avaient été tiraillés, froissés ou malaxés. Sans contester absolument les assertions de ces chirurgiens, M. Verneuil désirerait qu'elles fussent étayées de preuves incontestables.

Quant à la récidive lente des polypes signalée par M. Michaux, on est en droit de se demander pourquoi cette récidive marcherait lentement, et s'il ne vaut pas mieux la prévenir que de s'y exposer.

Les résultats donnés par les procédés de Manne et par celui de la boutonnière, procédés admis par M. Michaux, sont généralement mauvais. On trouve cependant dans les mémoires manuscrits de l'Académie royale de chirurgie, déposés à l'Académie de médecine, une observation où le procédé de Manne fut mis en usage, et suivi non de la ligature, mais de l'arrachement, qui entraîna les derniers vestiges du polype, et amena la guérison, qui fut constatée par l'autopsie quinze mois plus tard; mais de tels succès sont bien rares.

Les observations de MM. Nélaton et Richard prouvent peu en faveur de la cautérisation. L'étudiant en médecine qui fut déclaré guéri quinze mois après l'opération, et qui certes devait en avoir toute l'apparence pour qu'un chirurgien aussi habile et aussi réservé que M. Nélaton crût à un succès, a vu néanmoins son affection récidiver après deux ans. Ces observations, du reste, rédigées par des élèves, présentent des versions différentes; aussi l'absence de M. Nélaton, qui seul pourrait donner des renseignements certains, est-elle d'autant plus regrettable.

L'extirpation radicale paraît être à M. Verneuil l'opération la plus rationnelle. Roux, dans une leçon clinique qui parut dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1843, avait déjà professé cette manière de voir, indiqué le lieu d'implantation des polypes, et donné la voie nasale comme la meilleure pour leur extirpation.

COMMUNICATION.

Luxation anormale du coude en arrière et en dehors avec flexion de l'avant-bras sur son côté externe. — Fracture du poignet, talon de fourchette; fracture de l'humérus du même côté. — M. MOREL-LAVALLÉE communique sous ce titre l'observation suivante, avec les pièces anatomiques :

Le 5 avril 1860, est entrée, salle Saint-Jacques, n° 14, B... (Eléonore-Euphrasie), âgée de trente-six ans, demeurant rue Saint-Jacques, 193, au couvent Saint-Michel, d'une complexion robuste.

Elle venait de se précipiter par la fenêtre du deuxième étage. In-

telligence conservée ; douleur très-vive dans la région du rachis et à l'abdomen ; pouls filiforme. Elle n'a vécu que six heures après l'accident.

Autopsie. — *Fracture du poignet droit, talon de fourchette très-prononcé.* — La dissection couche par couche montre :

1° Sous la peau, rien.

2° Sous l'aponévrose d'enveloppe, un épanchement de sang lamellaire peu abondant, comme ecchymotique, paraissant continu principalement dans le tissu cellulaire lâche qui entoure les muscles. Entre les deux fléchisseurs communs, même épanchement lamellaire, siégeant également dans le tissu cellulaire qui les enveloppe ; ici cet épanchement est double : il existe sur la face correspondante des deux fléchisseurs communs des doigts. Sous le fléchisseur profond, l'épanchement est plus marqué, plus étendu.

3° Sur le muscle carré pronateur resté intact et au-dessous de lui, aucune trace d'extravasation sanguine, excepté à son extrémité interne, sur la partie latérale du cubitus. Le muscle carré n'est d'ailleurs ni infiltré ni augmenté de volume en aucune façon ; il ne pouvait par conséquent contribuer en rien au talon de fourchette.

4° Au-dessous du bord inférieur de ce muscle, qui confine à la fracture, se voit l'extrémité inférieure du fragment supérieur du *radius*, élevée d'un centimètre, c'est-à-dire saillante en avant de cette étendue, en avant du fragment inférieur. Cette extrémité inférieure du fragment supérieur est d'ailleurs cassée obliquement, de façon que le trait de la fracture est, à la face dorsale, de deux centimètres plus élevé qu'à la face palmaire. Le fragment inférieur n'a pas dans sa partie moyenne plus de deux millimètres d'épaisseur ; il est séparé en plusieurs fragments secondaires encore adhérents les uns aux autres, excepté en avant, où quelques esquilles ont été complétement détachées.

5° Le *cubitus* est fracturé obliquement, de façon que son extrémité inférieure en a été détachée par un trait oblique qui part d'un demi-centimètre de la surface articulaire et remonte à deux centimètres plus haut pour sortir au côté externe de l'os. Cette fracture cubitale ne contribuait pas sensiblement à la déformation du poignet, au talon de fourchette.

Luxation du coude. — L'avant-bras est dévié et *fléchi* (presque à angle droit) *sur son côté externe*, de façon qu'on sent le sommet de l'olécrâne affleurant l'épitrochlée au côté interne de l'articulation. La

poulie, l'extrémité articulaire de l'humérus, répond, non pas dans l'axe de l'avant-bras, au pli du coude, mais au côté interne de cette articulation, côté avec lequel la surface transversale articulaire tend à devenir parallèle ; elle est située sensiblement sur le même plan que le côté interne du cubitus. On en sent les engrenages superficiellement placés sous la peau. La peau est d'ailleurs percée d'une plaie arrondie, d'un centimètre de diamètre, sur le bord interne de la poulie. La peau enlevée, on voit en effet à nu la surface articulaire de l'humérus en quelque sorte herniée en dedans à travers les muscles épitrochléens déchirés, n'ayant plus au-devant d'elle que les quatre branches du *nerf cutané interne*. Le *nerf médian*, l'*artère humérale*, d'ailleurs intacts, sont comme luxés en dehors de cette extrémité, ainsi que les muscles biceps et brachial antérieur légèrement déchiré à son côté interne, rejetés tous quatre au côté externe de l'épicondyle, rangés, en procédant de dedans en dehors, dans l'ordre suivant : 1° nerf médian ; 2° artère ; 3° brachial antérieur ; 4° tendon du biceps. Les ligaments antérieur et interne sont complétement déchirés ; le ligament externe n'est conservé, mais presque intégralement, que dans la portion qui va s'attacher au ligament annulaire. L'apophyse coronoïde est logée dans la cavité olécrânienne; fractures multiples de l'épitrochlée, qui est comme broyée. Le *nerf cubital* est logé en arrière de la gorge de la poulie, et est d'ailleurs intact. La cupule du radius s'appuie sur le côté externe et un peu en arrière de la crête osseuse qui surmonte l'épicondyle; cette cupule radiale a son bord antérieur externe fracturé en trois petits fragments. Le radius se trouve ainsi fracturé à ses deux extrémités. Du reste, bien que l'attitude du membre indiquée précédemment eût assez de fixité pour être caractéristique, cependant l'avant-bras jouissait d'une assez grande mobilité. Ajoutons qu'une ecchymose d'une certaine étendue, ou plutôt un épanchement de sang sous-cutané, occupe le côté interne de l'articulation.

Fracture de l'humérus à sa partie moyenne. — Fracture en V, le V en creux étant représenté par le fragment inférieur. Une esquille de 2 centimètres de long, et comprenant toute l'épaisseur de la paroi du canal médullaire, existe en dehors; elle est adhérente par toute sa face externe.

Cerveau, sablé rouge très-abondant.

Canal rachidien non examiné.

Cœur et autres viscères abdominaux intacts.

Ce fait est le quatrième qui, depuis moins de deux ans, m'a pré-

senté le talon de fourchette uniquement formé par la saillie du fragment supérieur du radius. Ce dernier cas est d'autant plus concluant que la fracture était toute récente. On comprend tout ce qu'il y a d'insolite dans les rapports des surfaces articulaires du coude dans cette luxation dont les pièces sont sous vos yeux.

Cette série de quatre faits consécutifs où le talon de fourchette est produit par l'extrémité du fragment supérieur du radius, refoulant les parties molles en avant, ne montrent-ils pas que ce mécanisme est la règle ?

Nous omettons dans cette observation une lésion thoracique qui doit entrer dans un travail spécial.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

— M. FLEURY (de Clermont-Ferrand) adresse une voûte du crâne avec séquestres perforants, sur laquelle il a cru remarquer une reproduction osseuse fournie par la dure-mère. M. Fleury joint à la pièce pathologique l'observation qui s'y rattache.

Le nommé C..., âgé de trente-sept ans, homme fort et bien constitué, chez lequel, par conséquent, on ne peut soupçonner aucun principe scrofuleux, et qui n'a jamais eu de maladie vénérienne, entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 15 mai 1859, pour y être traité d'une plaie contuse produite par une chute du haut d'une échelle. Une très-petite portion de l'occiput est dénudée.

Quelques jours après son entrée, une inflammation érysipélateuse se développe autour de la plaie : elle se termine par gangrène. L'occiput est mis à nu dans une assez grande étendue. Au bout de quelques jours une douleur de tête très-vive, un mouvement fébrile prononcé, me font craindre que le travail éliminatoire ne provoque une inflammation qui gagne les méninges. Ces accidents n'ont cependant aucune suite fâcheuse. La nécrose suit sa marche, et le 1er août je retire une portion de l'occipital qui comprend, comme vous le verrez, les deux tables de l'os.

Le malade quitte l'hôpital le 19 septembre. La plaie n'est pas entièrement cicatrisée ; on sent encore une portion d'os qui est à nu, et qui devra plus tard s'exfolier.

L'hiver se passe tant bien que mal. C..., qui est un ouvrier laborieux, veut bien reprendre ses anciennes occupations, mais le travail le fatigue ; il se décide à rentrer à l'Hôtel-Dieu, et y est admis le 4 mars de cette année.

L'état général du malade est aussi bon que possible ; mais on sent

encore une petite portion de l'occipital qui est dénudée, et qui n'offre pas la moindre mobilité.

Ennuyé de rester inactif dans les salles, il descend au jardin pour y travailler. Frappé par le soleil, dont les rayons sont très-ardents, le 28 il se couche avec des frissons, et le lendemain matin je constate l'invasion d'une méningite à laquelle il succombe dans la soirée.

J'étais désireux de connaître le travail de reproduction qui s'était opéré dans l'occipital pour remplacer la portion nécrosée.

J'ai été, je l'avoue, un peu désappointé en retrouvant les choses aussi peu avancées; la perte de substance est à peu près égale à la portion exfoliée; la dure-mère, dans cette partie, est dure, épaissie, et comme cartilagineuse.

La dure-mère peut-elle, en définitive, agir comme un périoste, et reproduire l'os malade, ou en est-elle incapable?

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 18 avril 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHET fait présenter par l'interne de son service, M. Fischer, le malade atteint de luxation de l'épaule dont il a entretenu la Société. M. Fischer lit l'observation de ce malade.

Luxation de l'épaule sous-scapulaire (Velpeau); **sous-coracoïdienne** (Malgaigne). — T... (Laurent), âgé de 60 ans, scieur de long, entre à l'hôpital le 6 avril 1860.

Constitution vigoureuse. Il y a cinquante ans environ, le malade aurait été renversé par un âne; une épaule aurait été démise; mais il ne peut se souvenir de quel côté existait la lésion.

Le thorax est bien conformé : clavicules assez saillantes à leur extrémité externe.

Le 3 janvier 1860, le malade tombe de sa hauteur sur le pavé de la rue de Bercy; le coup porte directement sur l'épaule gauche.

Le blessé se relève et se rend chez son fils; il se fait appliquer

quelques sangsues, ne consulte pas de médecin, et se repose. Il ne ressentait aucune douleur dans l'épaule ; mais les mouvements devinrent de plus en plus limités, et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate :

Gonflement ou plutôt tension au niveau et un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde ; le faisceau claviculaire du grand pectoral est contracturé ; moignon de l'épaule très-aplati en dehors et en arrière ; saillie considérable de l'acromion ; épaule malade plus basse que l'épaule saine ; coude écarté du tronc, mais pouvant y être appliqué sans douleur ; élévation du bras presque impossible, ainsi que la rotation.

La tête de l'humérus n'est nulle part sentie bien distinctement ; mais en pressant l'aisselle on atteint sa portion inférieure, et en déprimant le gonflement sous-coracoïdien, la sensation de dureté et de résistance qu'on éprouve donne la preuve de sa présence sur ce point.

Les mouvements du bras produisent dans l'épaule une crépitation bien marquée, et qui fait craindre une fracture du rebord de la cavité glénoïde.

La mensuration donne un raccourcissement apparent de 1 1/2 à 2 centimètres pour le bras malade.

En présence de ces signes, le diagnostic de M. Richet ne fut pas douteux : luxation sous-scapulaire ou sous-coracoïdienne incomplète ; le col anatomique de l'humérus doit être placé sur le rebord de la cavité glénoïde, et cette disposition rendra la réduction difficile.

Opération le 10 avril (97e jour).

Après la chloroformisation préalable, on opère l'extension au moyen des moufles, en graduant aussi lentement que possible la force des tractions. A 185° du dynamomètre de Charrière, on entend un léger craquement et la tête descend ; la coaptation est facile.

Le bras est placé dans une écharpe, le coude fléchi, la main appliquée sur l'épaule du côté opposé.

Le 18 avril, exeat. Les deux épaules sont exactement semblables, mais la tête humérale du côté malade paraît plus saillante en avant, résultat déjà constaté chez quelques autres opérés.

M. CHASSAIGNAC présente une malade chez laquelle il a enlevé un enchondrome de la mâchoire inférieure.

Le maxillaire inférieur offrait à l'observation deux tumeurs situées environ sur la ligne médiane, l'une en avant, l'autre en arrière de l'arc osseux qu'il représente. La tumeur de la face interne de l'os fut

facile à diagnostiquer ; celle de la face externe avait été ouverte, suppurait, était recouverte de fongosités et aurait pu faire croire à une tumeur de mauvaise nature, si les dents n'eussent été solides dans leurs alvéoles.

M. Chassaignac pensa tout d'abord à enlever chaque tumeur isolément, en respectant le maxillaire ; mais considérant les difficultés d'une pareille opération, les complications et les accidents qui pouvaient en résulter, il se décida à emporter l'os avec les tumeurs. Bien lui en prit, car toute l'épaisseur du maxillaire était malade et offrait les caractères de l'enchondrome.

L'opération date de trois mois ; toute la partie antérieure du maxillaire inférieur jusqu'au niveau des canines environ a été enlevée, et se trouve aujourd'hui remplacée par une bride fibreuse très-solide réunissant les deux extrémités des branches horizontales de la mâchoire.

Cette malade, parfaitement guérie à l'heure qu'il est, a été présentée dans le but de faire constater son état, afin que, si plus tard elle était atteinte de nouveaux accidents, on pût trouver à son égard quelques renseignements.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey fait hommage à la Société de son mémoire intitulé : *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée;* Paris, 1860, in-4°.

— M. Robert fait hommage à la Société de ses *Conférences de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel-Dieu en* 1858-1859. Recueillies et publiées sous sa direction par M. Doumic ; Paris, 1860, un vol. in-8°.

— M. Legrand adresse à la Société le Résumé d'une observation de tumeur osseuse ganglionnaire du cou, à l'occasion d'un fait analogue qui a été communiqué par M. Chairon dans la séance du 7 décembre 1859.

Dans ce dernier cas l'examen de la tumeur, fait par M. Ch. Robin, a démontré que la tumeur ganglionnaire de l'aisselle était réellement ossifiée. L'examen microscopique n'a pas été fait dans le cas de M. Legrand. Toutefois la tumeur, ouverte à la scie, présentait exactement l'apparence et la consistance du tissu osseux.

Cette tumeur, développée depuis l'âge de dix-huit ans, avait atteint le volume d'un petit œuf de poule. Elle resta stationnaire jusqu'à la

mort de la malade, qui mourut de pneumonie double, à soixante-sept ans.

M. VERNEUIL. M. le docteur Palasciano, de Naples, chirurgien d'un mérite connu et très au courant de notre littérature chirurgicale française, m'a adressé une lettre particulière dont il ne trouvera pas mauvais que je donne communication à la Société de chirurgie. Il s'agit d'une réclamation de priorité, provoquée par mon rapport sur le traitement des polypes naso-pharyngiens.

La Société de chirurgie doit s'applaudir de voir les chirurgiens étrangers attacher assez de prix à ses travaux et à ses jugements pour lui soumettre leurs droits et la mission de les sauvegarder. Pour ma part, j'accueillerai toujours avec la plus grande faveur des réclamations fondées de ce genre, qui redresseront quelques erreurs ou quelques injustices commises par moi-même, soit comme rapporteur, soit comme auteur.

Ces réclamations prouvent, à la vérité, que je n'ai pas tout lu, et que, malgré ma bonne volonté, je pèche parfois par ignorance; c'est ce que je suis prêt à reconnaître en toute humilité.

En revanche, elles portent à la connaissance du public des documents peu répandus; de sorte que peu à peu la vérité se fait jour. Pour mon compte, je remercie M. Palasciano de la peine qu'il a bien voulu prendre de m'éclairer.

Notre éminent confrère de Naples réclame pour lui l'invention du procédé que M. Rampolla a décrit dans son mémoire, et que je vous ai fait connaître dans mon rapport, c'est-à-dire la perforation de l'os unguis *comme opération préliminaire pour détruire les polypes de la base du crâne.*

Le 9 novembre 1857, il pratiqua la première fois en ville la perforation de l'unguis pour un polype qu'il ne pouvait atteindre à travers l'incision du voile du palais.

Le 14 du même mois et de la même année, sur le malade n° 57 de son service de chirurgie à l'hôpital des Incurables, il opéra en public la même perforation pour un polype naso-pharyngo-facial, après avoir appliqué l'écraseur sur une partie de la tumeur, mise à découvert par l'incision du voile du palais.

Les données d'anatomie topographique, autorisant cette opération, furent exposées alors dans une conférence publique.

Dans l'un et l'autre cas, plusieurs cautérisations larges et profondes avec la pâte de Canquoin furent pratiquées sur le polype, à travers la voie préliminaire ouverte.

En 1858, cette méthode fut communiquée au trente-quatrième congrès allemand siégeant à Carlsruhe.

En décembre 1858 et février 1859, deux communications avec présentation de l'opéré furent faites à l'Académie des sciences de Naples, et dans la même année, M. Palasciano en écrivit à M. Vallet, d'Orléans.

Voici certainement beaucoup de preuves, mais M. Rampolla annonce avoir fait son opération le 10 juillet 1857. L'autopsie de son malade fut faite en présence du docteur Gerai, chirurgien militaire. La priorité lui appartiendrait donc.

Il ne nous appartient pas de décider si les deux chirurgiens sont arrivés à la même conception, sans connaître réciproquement leurs idées ; mais toujours est-il que M. Palasciano a pris date par sa communication publique à Carlsruhe. Aussi je crois utile de reproduire l'extrait des comptes rendus du congrès, qui mentionne le procédé en litige. (Voir plus loin.)

Il est à regretter que M. Rampolla, dans son mémoire, ait omis de mentionner la note de M. Palasciano, et j'en conclus qu'il ne la connaissait pas, puisqu'il ne l'a pas citée.

La question de priorité étant jugée, jusqu'à preuves nouvelles, d'après les lois établies en pareil cas en faveur de la priorité de publication, nous ajouterons que la note de M. Palasciano est intéressante, ainsi que certaines réflexions que notre confrère a jointes à la lettre particulière qu'il m'a écrite, réflexions que je crois utile de reproduire.

« 1° En introduisant la perforation de l'unguis, je n'ai pas prétendu qu'elle devait détrôner toutes les autres opérations préliminaires à la destruction des polypes naso-pharyngiens, car elle serait superflue contre ceux de ces polypes qui ont leur point d'implantation sur le pourtour des narines postérieures ou sur la surface postérieure du voile du palais, et elle serait tout à fait insuffisante contre ceux de ces polypes qui, implantés sur les mêmes points ou sur les apophyses ptérygoïdes, font émergence dans la fosse temporale, le sinus maxillaire, etc., etc. J'ai des exemples de l'une et de l'autre espèce qui me sont propres. J'ai même formulé nettement mon opinion, pour ce qui a rapport aux polypes de la base du crâne, suivant le titre de mon mémoire, en écrivant que le *genre d'opération prélimaire convenable doit être déterminé par la multiplicité des digitations et par le volume que ces tumeurs peuvent atteindre*. Ainsi, pour mon compte, la perforation de l'unguis n'a pas visé à la supériorité sur les autres opéra-

tions préliminaires à la destruction des polypes naso-pharyngiens.

» 2° La perforation ne vise pas non plus à donner plus de chances de guérison radicale ; et les deux cas d'opération annoncés dans mon mémoire ont été tous les deux suivis de récidive. Mais il ne faut pas envisager la perforation de l'unguis seulement sous le point de vue du passage de l'anse coupante plus près de l'origine de la tumeur. Elle permet de cautériser profondément toute la cavité de l'arrière-gorge, suivant le procédé décrit dans mon mémoire. Une eschare, tombée après une de mes cautérisations, représentait un grand godet de 15 centimètres de circonférence et de 1 centimètre d'épaisseur. Cette eschare est dans les mains de M. Langenbeck, de Hanovre. Ainsi les très-savantes et justes oppositions faites dans le rapport contre le pouvoir éradicatif de la perforation de l'unguis, s'appliquent très-bien à la ligature lente et à la ligature instantanée ; mais il est possible que les observations consécutives les modifient pour ce qui a rapport à la cautérisation. Et il faut bien le remarquer, la perforation de l'unguis est de toutes les opérations préliminaires celle qui permet de cautériser le plus énergiquement et le plus grand nombre de fois tous les points de la cavité du pharynx. Avec les autres opérations préliminaires, si la cautérisation au fer rouge n'est pas suffisante la première fois, on s'expose à perdre le fruit de l'opération : ce qui n'arrive pas avec la perforation, qui permet de réappliquer le caustique autant de fois qu'il sera nécessaire, et sur tel point de la cavité du pharynx qui en aura besoin.

» 3° M. Vallet, d'Orléans, en parlant de la résection partielle de l'os maxillaire supérieur, dit que cette opération était reconnue insuffisante pour rendre l'extraction possible ; elle deviendrait un acte préliminaire à l'ablation de l'os en totalité. Or, dans ma dernière communication à l'Académie des sciences de Naples, j'ai conclu d'une manière analogue, et j'ai dit qu'on devait s'arrêter ordinairement à la perforation de l'os unguis, mais que si elle était reconnue insuffisante, on n'aurait qu'à prolonger les incisions pour faire la résection partielle de la mâchoire ou du nez. »

M. ROBERT prend la parole à propos du rapport de M. Verneuil sur le travail de M. Rampolla.

M. Robert pense que quelques-unes des considérations relatives au choix de la voie nasale pour l'extirpation des polypes n'ont pas été suffisamment appréciées par M. Verneuil. La voie nasale doit être réservée pour les polypes qui amènent des difformités de la face et du

nez, ou qui pénètrent dans les sinus. C'est en vertu de ce principe que M. Huguier a enlevé dernièrement un polype par cette voie.

C'est d'après le lieu d'implantation des polypes dits naso-pharyngiens que la voie pour arriver jusqu'à eux doit être choisie. Or le lieu d'implantation de ces polypes n'est pas encore connu d'une manière positive ; car M. Michaux (de Louvain) en a rencontré s'implantant sur les vertèbres cervicales , et lui-même possède l'observation d'un fait de ce genre. Les polypes peuvent naître des apophyses ptérygoïdes, du voisinage de la trompe d'Eustache, de la partie supérieure du vomer, et ils se développent du côté où ils ne trouvent pas de résistance.

M. Robert rappelle la marche bien connue de ces polypes, et signale celle de ceux qui se développent dans la fosse zygomatique, qu'il croit avoir indiquée le premier.

L'exploration des polypes naso-pharyngiens est toujours très-difficile et presque toujours incomplète ; or il est à peu près impossible de faire un choix approprié d'une opération d'après une exploration généralement imparfaite. Aussi ne faut-il pas de tâtonnements, et convient-il de se décider immédiatement à une opération radicale. Les petites opérations sont généralement désastreuses , en raison de l'écoulement du sang, des douleurs, de l'épuisement qu'elles déterminent, et des longueurs de traitement qu'elles entraînent après elles. Pour cette raison, la voie nasale doit être rejetée.

Deux opérations sont seules applicables à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens : l'opération de Manne, perfectionnée par la résection de la voûte palatine, comme l'a indiqué M. Nélaton , doit être réservée pour les cas où l'implantation du polype se fait sur la ligne médiane ; l'ablation du maxillaire supérieur , si l'implantation du polype est latérale , si le corps de la production fibreuse a quelque tendance à gagner la fosse zygomatique , s'il faut une voie très-large pour mettre à l'abri d'accidents les parties voisines , entre autres la carotide interne, qui pourrait être atteinte par les instruments nécessairement manœuvrés avec une force considérable ; l'ablation du maxillaire supérieur est une opération plus effrayante à la vue que dangereuse dans ses suites, et la sûreté qu'elle donne à l'extirpation des polypes égale son innocuité.

M. Verneuil n'a pas dit s'il est mieux de détruire immédiatement les racines des polypes ou s'il est possible d'en laisser une partie sans inconvénient. Les polypes ont un pédicule de même structure que leur corps ; ils récidivent fréquemment, mais non constamment.

M. Robert a vu deux individus opérés par la ligature, et dont la guérison ne s'était pas démentie douze années après l'opération. Il a présenté à la Société un cocher de fiacre à qui il a enlevé le maxillaire supérieur pour extirper un polype au moyen d'une spatule tranchante, et sur le pédicule duquel il a porté le fer rouge : des végétations de 1 centimètre de haut environ se sont développées sur le lieu du pédicule, mais n'ont pas continué à croître, de sorte que l'opéré est aujourd'hui totalement guéri. Il y a douze ans qu'il a opéré, en laissant quelques racines du polype, un jeune meunier qui est encore en parfaite santé.

Pour lui, il croit que la destruction totale et immédiate du polype est désirable, mais qu'une destruction incomplète n'empêche pas la guérison.

Que faire cependant lorsque survient une récidive? On a conseillé la cautérisation soit par la voie palatine, soit par celle que laisse l'ablation du maxillaire.

Le cautère actuel n'est applicable qu'au moment même de l'opération, et son application, faisant partie de l'opération elle-même, n'est possible que lorsque le maxillaire supérieur a été enlevé, attendu que la voie palatine ne présente pas assez d'espace pour en permettre l'exécution facile, et n'inspire aucune sécurité.

Les caustiques liquides ont des inconvénients qu'il est superflu d'énumérer ; M. Nélaton, grand partisan des caustiques liquides, a fini par les abandonner.

Les caustiques solides demandent pour agir à rester en contact avec le pédicule du polype, si tant est qu'il soit accessible, pendant un temps assez long, condition difficile à obtenir.

De ces diverses considérations, M. Robert conclut qu'il n'est pas nécessaire de détruire tout le pédicule du polype pour obtenir la guérison, et qu'on doit avoir recours à une nouvelle opération contre la récidive ; que la voie buccale et la voie faciale, c'est-à-dire la résection de la voûte palatine et l'ablation du maxillaire supérieur, sont les seules opérations applicables à l'éradication des polypes, qui doit être immédiatement aussi complète que possible ; enfin que l'emploi des caustiques, entraînant des dangers réels, doit être absolument rejeté.

M. GIRALDÈS appuie les propositions de M. Robert. Il a eu occasion de voir combien les opérations partielles sont fatigantes, soit par la voie nasale, soit par la voie faciale, en n'enlevant qu'une portion du maxillaire supérieur pour conserver l'arcade dentaire et les

dents. L'ablation complète du maxillaire paraît leur être préférable, surtout quand le polype s'est développé dans la fosse ptérygoïde.

Il cite une observation de M. Prescott-Hewett, chirurgien anglais, où le polype avait enveloppé tout le maxillaire supérieur resté sain dans la masse morbide, disposition qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Le malado succomba sous l'influence du chloroforme.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA fait voir un lipome qu'il a enlevé de la région prérotulienne, et qui présente sur la peau qui le recouvre une petite végétation tout à fait semblable à une crête de coq, et due sans doute à l'irritation occasionnée par la station à genoux. L'apparition du lipome datait de sept ans, celle de la crête de coq de dix-huit mois. M. Broca, pensant que la bourse prérotulienne pouvait être pour quelque chose dans le développement de ce lipome, comme les anciens sacs herniaires sont le point de départ de dépôts de tissu adipeux, a recherché le siége anatomique exact de cette tumeur sans pouvoir en préciser absolument l'origine.

— M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société un astragale dont il a fait l'extraction après une luxation de cet os.

M. Chassaignac a vu depuis peu deux cas de luxation de l'astragale : tous deux étaient des cas de luxation par inversion complète de l'os ; tous deux des cas où la réduction fut impossible.

Chez l'un des malades, M. Chassaignac crut avoir remis l'astragale à peu près en place ; mais la suppuration étant survenue, et l'os ayant été extirpé, il put s'assurer qu'il n'en était rien. Chez l'autre, l'extirpation de l'os et d'une portion de la malléole interne, restée attachée à l'astragale, fut immédiate.

M. Chassaignac n'a pas échappé à une erreur qu'il considère comme inévitable ; il a cru, chez les deux blessés, avoir quelque chance de remettre l'astragale en place, parce qu'il n'a pu diagnostiquer le renversement total de l'os. En effet, lorsque l'astragale est retourné de façon que sa face inférieure regarde en haut et sa face supérioure en bas, le côté interne de l'os dirigé en dehors présente une surface qui, à travers des téguments, en impose pour la surface de la poulie elle-même, et fait supposer que l'astragale n'a fait qu'un quart de tour sur lui-même en dehors.

L'un des malades a succombé à une infiltration purulente de toute la jambe ; l'autre survit depuis neuf mois, avec un pied inutile et entouré de nombreux points fistuleux.

C'est pourquoi M. Chassaignac considère l'extirpation de l'astragale, dans les cas de luxation de cet os, comme une mauvaise opération, et pense qu'il vaut mieux recourir à l'amputation sus-malléolaire.

— MM. **JULES ROUX, BROCA, LABORIE** et **MOREL-LAVALLÉE** sont inscrits pour prendre la parole dans la prochaine séance, à propos de la communication de M. Chassaignac.

La Société se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société, L. Legouest.

Anévrysme poplité droit spontané. — Compression indirecte et alternante, à l'aide des appareils polydactyles et à compression. — Guérison.

Par M. Jules Roux (de Toulon).

L'utilité des appareils polydactyles et à compression dans le traitement des fractures, vous a été démontrée par les nombreux faits qui se sont passés sous vos yeux. Voici un fait clinique capable d'en aire pressentir l'efficacité dans la compression des anévrysmes.

S... (Jean-François), âgé de trente-quatre ans, maître calfat, entre à l'hôpital lo 28 février 1859, pour un anévrysme poplité du côté droit. Cette tumeur existe depuis deux ans, et s'est graduellement développée sous l'influence d'une cause difficile à spécifier, et sur laquelle peuvent jeter quelques lueurs les circonstances au milieu desquelles s'est trouvé placé le malade. S... est maître calfat, profession qui l'expose à avoir les genoux alternativement étendus ou fléchis. Il a fait la campagne de Crimée. Par la nature de ses fonctions, il a fortement exercé ses membres, qu'il a eus fréquemment plongés dans l'eau de mer froide, quelquefois glacée, soit pour calfater les flancs des vaisseaux, soit pour clouer des feuilles de cuivre, soit encore pour réparer les désordres des boulets ennemis.

En 1856, il quitta la mer Noire, et fut embarqué sur le transport *la Marne*, qui se rendait à Toulon; atteint pendant la traversée de fièvre typhoïde, il guérit à l'hôpital Saint-Mandrier.

A cette époque, S... ressentit pour la première fois de vagues douleurs dans la jambe droite, douleurs auxquelles il ne prêta pas d'attention, et qui ne l'empêchèrent jamais de continuer son service. Sur le vaisseau *l'Arcole*, en 1857, il se plaignit de gonflement, de souf-

france au genou droit, d'une certaine difficulté dans la progression; il constata la présence d'une tumeur au creux du jarret, tumeur qui ne fit qu'augmenter.

Ce sous-officier se fit d'abord soigner dans sa famille, mais vaincu par l'inutilité des moyens employés, il se décida à entrer à l'hôpital de la Marine le 28 février 1859. Il était dans l'état suivant : le creux poplité droit présente une tumeur allongée, se prolongeant en haut sur la cuisse, en bas sur la jambe, écartant les tendons qui limitent en dedans et en dehors le jarret. Cette tumeur est circonscrite, molle, résistante; elle a 0,10 centim. de long sur 0,09 cent. de large; la peau qui la recouvre n'offre ni inflammation, ni changement de coloration; le toucher y perçoit la sensation d'un mouvement d'expansion visible à distance, isochrone aux pulsations du cœur, et l'oreille, nue ou armée d'un stéthoscope, un bruit de souffle très-manifeste. En comprimant l'artère fémorale, la tumeur devient molle, réductible. Des phénomènes inverses s'observent quand la compression a lieu entre elle et les capillaires; les mouvements du membre sont gênés; la flexion de la jambe sur la cuisse ne peut être portée au delà de l'angle droit. On constate à grand'peine un léger frémissement dans l'artère tibiale postérieure; la mensuration du genou sain donne 0,36 cent.; celle du genou malade, 0,42 cent.

A ces signes, il était facile de reconnaître un anévrysme.

Ce malade, d'un tempérament nerveux, est d'une sensibilité extrême. Malgré tout ce qu'on peut lui dire, il ne croit pas à l'importance de sa lésion; il a de la peine à accepter un traitement, et ne se soumet qu'avec mauvaise grâce à la compression qu'on lui propose; enfin, vous l'avez vu s'étonner beaucoup de l'intérêt que nous attachions tous à sa guérison.

Vous connaissez mon compresseur élastique et gradué; je vous ai rendus témoins des ressources qu'il offrait pour comprimer aisément et dans une mesure toujours appréciable toutes les artères du corps. Pour nous servir avec avantage de cet instrument chez S..., nous avons dû choisir une pelote convexe, oblongue, de 4 centimètres d'étendue.

Du 28 février au 4 mars, c'est-à-dire pendant cinq jours, l'anévrysme est traité par la compression indirecte et alternante, avec une force qui a varié de 2 à 5 kilogrammes. Voici les diverses phases de ce traitement.

Le 28 février, à huit heures du matin, la fémorale est comprimée à la moitié de son calibre, à l'aide de mon compresseur; la force de

pression, portée d'abord à 3 kilogrammes, est réduite ensuite à 2 kilogrammes. La main, appliquée sur la tumeur, perçoit encoro ses battements, mais plus faiblement; le malade accuse une douleur vive dans le pied, puis une sensation de fourmillement étendue du genou à l'extrémité des orteils. La compression est bien supportée.

A six heures du soir, le compresseur est placé sur l'iliaque externe avec une force de 2 kilogrammes 500 grammes. Cette pression détermine des douleurs, de l'agitation; ce qui oblige, après une heure, à la reporter sur la crurale. La pression de 3 kilogrammes sur la crurale, au pubis, n'incommode nullement le malade; on sent toujours les pulsations de l'anévrysme, mais leur force a bien diminué; la chaleur du membre est un peu supérieure à celle du côté opposé; il n'y a pas de réaction générale; le pouls est à 75. — Sirop diacode, 20 grammes. — Sommeil.

Le 1er mars, la compression est changée de place et portée sur la même artère, à la partie moyenne du triangle de Scarpa; la pression de 4 kilogrammes est dirigée de haut en bas et de dedans en dehors.

A quatre heures du soir, cette compression a été bien supportée; il y a des picotements le long du trajet de la fémorale; les pulsations de la tumeur paraissent plus faibles que le matin; la mensuration du genou donne 0,45 centim.

A dix heures du soir, la compression est reportée sur le pubis avec une pression de 3 kilogrammes.

Les 2 et 3 mars, on constate les phénomènes suivants : insomnie, douleurs, fourmillements et picotements, dilatation des veines de la jambe et du pied, œdème, augmentation assez considérable du membre inférieur, mouvements des orteils difficiles; la tumeur a diminué; elle est très-dure, et l'on n'y perçoit plus que des battements très-affaiblis; pouls à 96.

Le malade, aussi impatient qu'indocile, déclarait sans cesse qu'il ne voulait plus se prêter à toutes ces manœuvres de compression changeantes. Fatigué de ses obsessions, je laissai pendant trente-deux heures la compression sur l'artère fémorale au pubis.

Cette compression imprudente, évidemment trop prolongée dans une méthode où, pour imiter la compression digitale, il faut la changer souvent de lieu et de degré, amena une excoriation superficielle.

Cependant la nuit fut tranquille, les douleurs du membre disparurent ainsi que les fourmillements; les orteils purent se mouvoir avec plus de facilité; le pouls tomba à 84 pulsations; la tumeur acquit

unc dureté pierreuse, et l'on constata à la partie interne du genou le développement d'une artère articulaire.

Le 4 mars, portée sur l'iliaque externe pendant deux heures, la compression fut ensuite établie sur l'artère fémorale dans le triangle de Scarpa, au-dessous de l'excoriation ; changée de place chaque heure, jusqu'au soir, où elle fut supprimée définitivement. Pendant tout le temps qu'a duré la compression, le malade a fumé fréquemment, lu beaucoup, pris des aliments légers, de la limonade, quelques potions calmantes.

Le 5, S... accuse une douleur qui s'étend du genou à l'extrémité des orteils, et une chaleur insolite dans les mêmes parties ; légère céphalalgie, pouls à 80 ; la flexion de la jambe sur la cuisse est impossible ; la mensuration du genou donne 0,44 centimètres ; pendant la journée les souffrances deviennent plus vives ; le membre entier tuméfié se meut difficilement ; le pouls est à 96.

Le 6, sommeil. Les pulsations de la tumeur sont affaiblies; douleurs dans le genou, fourmillements à la plante des pieds ; pouls à 80. A la visite du soir, le membre est placé dans la flexion, sur un appareil polydactyle, et la tumeur repose sur des coussinets qui exercent sur elle unc certaine compression.

Du 7 au 11, l'appareil polydactyle est mis en place tous les matins ct enlevé à la visite du soir. A partir de ce moment jusqu'au 9 avril, les modifications les plus heureuses sont survenues dans l'état général et dans la tumeur. Les nuits ont été tranquilles ; le pouls n'a plus donné que 70 pulsations ; le membre a insensiblement repris son volume normal ; les picotements, les douleurs, les fourmillements ont disparu ; les mouvements du membre sont devenus plus faciles ; les battements de l'anévrysme, de plus en plus faibles, ont fini par cesser complétement.

M. le docteur Debout, rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique*, qui visitait alors nos hôpitaux, a reconnu, comme nous, que la tumeur n'offrait plus ni bruit de souffle ni mouvement d'expansion ; à quelques jours d'intervalle deux nouvelles collatérales dilatées sont devenues très-apparentes aux limites internes et externes du creux poplité.

Le malade, qui s'était levé deux jours après la cessation de la compression, et qui depuis longtemps se promenait dans les cours, est sorti de l'hôpital le 9 avril.

Les deux membres inférieurs mesurés fournissent les chiffres suivants :

Membre inférieur droit :

Cuisse (partie moyenne).	0,44	centimètres.
Mollet.	0,35	—
Genou.	0,43	—

Membre inférieur gauche :

Cuisse (partie moyenne).	0,44	—
Mollet.	0,34	—
Genou.	0,36	—

La tumeur avait alors bien diminué ; elle était dure, insensible, sans pulsations, sans bruit de souffle ; les trois collatérales avaient pris un grand développement, on ne sentait pas les battements des artères poplitées au-dessous du genou, ni ceux des artères tibiale postérieure et pédieuse ; la flexion de la jambe dépassait l'angle droit, le membre n'étant le siége d'aucune douleur, d'aucun fourmillement, d'aucun œdème ; il exerçait régulièrement toutes ses fonctions.

Depuis cette époque, S... est venu nous revoir, et nous avons constaté que sa guérison était complète.

M. le docteur Gibert, chirurgien principal de la marine, qui a vu le malade dans le Levant, sur la frégate *la Zénobie*, a bien voulu m'écrire le 24 février 1860, un an après le traitement, que S... continuait à être dans les meilleures conditions ; que la jambe avait recouvré toute sa flexion sur la cuisse, et que la guérison de l'anévrysme ne laissait rien à désirer, S... remplissant depuis longtemps toutes les obligations d'une profession fatigante.

Les anévrysmes sont rares dans nos hôpitaux ; depuis que j'ai fait connaître le compresseur élastique et gradué, je n'ai rencontré que le seul cas qui fait le sujet de notre entretien clinique. L'indocilité, l'humeur bizarre du malade que vous avez été tous à même de remarquer, m'ont empêché de donner une démonstration complète, méthodique, du mode d'action de mon instrument. Construit dans le but de remplacer les doigts des chirurgiens, il est indispensable qu'il en conserve la manière d'agir. Or la compression digitale, accomplie par des organes essentiellement fatigables, est, de sa nature, changeante, irrégulière. J'avais eu l'intention, chez S..., d'établir dans le principe une double compression à l'aide de deux pelotes placées sur deux points de l'artère crurale, au pubis et sur le milieu du triangle de Scarpa, ou sur l'iliaque externe et l'artère crurale, au-dessus et au-dessous du ligament de Fallope. Un aide, ou mieux le

malade lui-même, n'aurait eu qu'à faire varier ensuite le lieu et le degré de la pression, en abaissant et en élevant alternativement la vis de pression de l'une et l'autre pelote. Cette compression changeante, irrégulière, qu'exercerait au besoin, sans le secours de personne, un mouvement à engrenage adapté à la vis de pression, se rapprochant beaucoup du mode d'action des doigts, ménagerait mieux les parties molles, éviterait toute douleur. Si ces appréciations restent encore à l'état de théorie, c'est que sur le malade que vous venez de voir j'ai fait ce que j'ai pu et non ce que j'aurais voulu.

Séance du 25 avril 1860.

Présidence de M. Marjolin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche consécutive à un rhumatisme articulaire aigu ; rupture de l'ankylose. — M. Laborie présente un malade sur lequel il a rompu une ankylose de l'articulation coxo-fémorale.

J'ai reçu, dit M. Laborie, dans mon service à l'Asile impérial de Vincennes, un jeune homme que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen. L'observation m'a paru assez intéressante pour vous être soumise ; les détails en ont été relevés avec soin par un des internes du service, M. Dumesnil.

Le nommé Hector G..., âgé de dix-huit ans, doué d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu auparavant aucune douleur rhumatismale, fut admis dans le cours du mois de juin 1859 à l'hôpital Necker, pour y être traité d'un rhumatisme articulaire qu'il avait contracté en s'endormant sur le sol, alors qu'il était en transpiration.

L'affection rhumatismale, qui avait occupé tout d'abord les articulations des deux membres inférieurs, au bout de quinze jours avait quitté la jambe droite, et, après avoir successivement parcouru toutes les articulations du membre supérieur, s'était fixée sur le membre inférieur dans toutes ses articulations.

Les douleurs persistèrent pendant trois mois et demi, durant lesquels on appliqua des cataplasmes sur les articulations malades, aux-

quelles on faisait chaque jour exécuter des mouvements de flexion et d'extension.

Quelques jours avant que le malade se levât, le médecin du service constata par la mensuration la différence de longueur des membres, et quinze jours après le malade était envoyé à l'Asile.

En examinant ce malade à son entrée, on constata :

1° Que la fesse du côté gauche était sensiblement élargie ; qu'elle était aplatie, et que son pli, considérablement abaissé, était presque entièrement effacé.

2° Que le bassin était incliné latéralement de droite à gauche ; que l'os iliaque du côté malade paraissait avoir fait un mouvement de bascule d'arrière en avant. On reconnaissait en effet l'abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; son relief plus prononcé en avant correspondait à une saillie assez accusée en arrière de la tubérosité de l'ischion. L'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade était à cinq centimètres au-dessous de celle du côté sain.

3° Que dans la station verticale la jambe était à demi fléchie sur la cuisse, la cuisse à demi fléchie sur le bassin, et que le malade ne pouvait, sans s'appuyer sur une canne, rester droit ; les talons ne pouvaient être assemblés dans la station debout ; le talon gauche se trouvait éloigné de 17 centimètres du talon de la jambe saine, et l'extrémité du talon malade correspondait au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne du côté sain.

4° Que la jambe et la cuisse étaient portées dans une forte abduction.

5° Que mesurant la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de la malléole externe, on trouvait du côté sain, c'est-à-dire du côté droit, 83 centimètres, et 78 centimètres du côté malade.

6° Que la jambe pouvait se fléchir sur la cuisse, mais que la cuisse ne pouvait se fléchir sur le bassin.

En effet, dans les mouvements imprimés à la cuisse, le bassin suivait rigoureusement l'impulsion donnée ; il n'existait aucune mobilité dans l'articulation coxo-fémorale. Pour mieux s'assurer de ce fait, le malade fut endormi à l'aide du chloroforme, et il fut avéré que l'ankylose était complète.

A la première inspection, on se demanda si on n'avait pas affaire à une luxation de la cuisse, luxation en avant ou luxation en bas produite pendant les mouvements que l'on avait fait exécuter au membre malade. Et, en effet, comme dans les deux variétés de luxation en avant de M. Malgaigne, c'est-à-dire les luxations ilio-pubiennes et ischio-pubiennes, nous avions une flexion légère, de l'abduction,

aplatissement de la fesse, allongement apparent ; mais en examinant le malade, on ne trouvait pas, comme dans la luxation ilio-pubienne, la tête du fémur faisant saillie au pli de l'aine, ni comme dans la luxation ischio-pubienne la tête faisant saillie à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Quant à la présomption d'une luxation en bas ou sous-cotyloïdienne, elle fut écartée immédiatement par l'absence de la saillie de la tête en arrière et en bas, au niveau de la tubérosité sciatique.

On était donc en présence d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale.

Le diagnostic n'était donc pas douteux, il s'agissait d'une ankylose. M. Laborie ne voulut cependant pas procéder à la rupture de cette ankylose sans prendre les conseils de MM. Bouvier et Broca. Ces deux chirurgiens, après avoir examiné le malade, furent d'avis qu'il fallait opérer. Ce qui fut fait immédiatement, le 18 novembre 1859.

Le malade étant couché en travers de son lit, les jambes dépassant le bord du lit, fut endormi à l'aide de l'éther d'abord; le bassin étant maintenu, solidement fixé, M. Broca, plaçant l'extrémité inférieure de la cuisse sur son épaule droite, et la tenant solidement fixée en l'embrassant avec son bras, fit des efforts de flexion, tandis que M. Laborie maintenait le bassin avec des aides. Ses efforts furent infructueux d'abord, et le malade, à moitié réveillé, résistait avec énergie.

M. Laborie eut alors recours au chloroforme. Quand l'anesthésie fut complète, on recommença les efforts de flexion, et on ne peut se faire une idée de la force qui fut dépensée. Après quelques minutes de tentatives inutiles, tout à coup la cuisse se fléchit, et cette flexion s'accompagna d'un bruit tellement violent, que l'on ne saurait mieux le comparer qu'à celui produit par la brisure d'une planche en bois sec. MM. Broca et Laborie crurent à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. M. Bouvier seul pensa que ce bruit n'était que le résultat de la rupture de l'ankylose.

On ne jugea pas à propos de faire exécuter de nouveaux mouvements au membre; on se contenta de le placer dans la meilleure attitude. Il fut ramené dans la rectitude, le pied placé dans une légère adduction. M. Laborie plaça un appareil dextriné, enveloppant tout le membre et embrassant le bassin, et le tout fut contenu dans une gouttière de fil de fer.

Le malade resta pendant plusieurs heures dans un véritable état

d'ivresse, et le lendemain matin, à l'heure de la visite, il était assez calme, se plaignant toutefois de vives douleurs au niveau de l'articulation coxo-fémorale, où il sentait, disait-il, de violents craquements.

Quatre jours après, le premier appareil étant difficilement supporté, on en appliqua un nouveau. M. Laborie ne voulut imprimer aucun mouvement au membre. Ce second appareil fut bien supporté et resta en place pendant cinq semaines. A cette époque il fut enlevé, et on reconnut :

1° Que l'on pouvait imprimer des mouvements à l'articulation coxo-fémorale;

2° Que la conformation des parties permettait de repousser l'idée d'une fracture, car le trochanter occupait sa place normale, et entre lui et l'épine iliaque on retrouvait la même distance que celle mesurée sur le côté sain ;

3° Que le membre offrait presque la longueur normale ;

4° Enfin, que la bonne direction qu'il avait reçue après l'opération s'était maintenue.

En voulant faire exécuter quelques mouvements de flexion à la jambe sur la cuisse, M. Laborie trouva une résistance qu'il ne put vaincre qu'en employant une assez grande force ; la flexion détermina un craquement assez fort. Il est probable qu'il se formait déjà des adhérences.

On appliqua un nouvel appareil qui fut conservé pendant quinze jours et définitivement remplacé à cette époque par une simple bande roulée. Le malade levait son membre de toute pièce, et au 80e jour il commençait à se lever et à marcher avec des béquilles.

Aujourd'hui 25 avril, voici l'état du malade ; on constate :

1° Que le pli de la fesse, à peu près au même niveau du côté malade que du côté sain, est aussi nettement accusé d'un côté que de l'autre ;

2° Que le mouvement de bascule d'arrière en avant de l'os iliaque est presque insensible aujourd'hui ; car on ne constate plus ni saillie de l'épine iliaque antérieure et supérieure en avant, ni saillie de la tubérosité de l'ischion en arrière. L'épine iliaque antérieure et supérieure, du côté malade, est à peu près au même niveau que celle du côté sain ;

3° Que dans la station verticale la jambe s'étend bien sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; que le malade se tient très-bien debout, les talons rapprochés l'un de l'autre ;

4° La jambe et la cuisse, du côté malade, sont dans la même direction que celle du côté sain ; seulement, quand le malade marche, s'il n'y fait pas attention, la pointe du pied malade se porte en dehors ;

5° Mesurant la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de la malléole externe, nous trouvons du côté sain 82 centimètres et 80 centimètres du côté malade ;

6° La cuisse peut exécuter quelques mouvements limités dans tous les sens. L'os iliaque n'est entraîné que lorsqu'on veut faire exécuter des mouvements d'une certaine étendue. Le malade peut se mettre à genoux, il peut marcher sans bâton.

En présentant son malade à la Société de chirurgie, M. Laborie montre qu'il existe une atrophie encore assez marquée du membre gauche, mais elle est manifestement moindre qu'avant l'opération. Il fait électriser la cuisse chaque jour et donner des douches et des bains sulfureux.

En résumé, dit M. Laborie, si ce malade n'a pas recouvré une grande liberté de mouvement, il a obtenu un résultat qui me semble modifier avantageusement sa position. La flexion et l'abduction considérables qui le rendaient infirme ont cédé. Le membre a retrouvé une bonne attitude, et on peut espérer, à l'aide d'un traitement convenable, que les mouvements de l'articulation seront conservés tels qu'ils sont aujourd'hui, et peut-être même rendus plus étendus.

Amputation sus-astragalienne. — M. LABORIE présente un deuxième malade, actuellement encore dans son service, à l'Asile impérial. Il s'agit d'un fait d'amputation sus-astragalienne pratiquée par M. Fouché.

Le résultat de l'opération est des plus remarquables. M. Fouché a bien voulu, dit M. Laborie, me faire remettre l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer.

Nécrose invaginée du calcanéum. — Amputation sus-astragalienne. — Guérison. — Le nommé T..., âgé de quarante-sept ans, tailleur sur cristaux, est grand et fort, d'une constitution robuste, et raconte les détails suivants concernant sa maladie actuelle.

A l'âge de douze ans, il se blessa légèrement au talon gauche avec des fragments de verre ; la plaie se cicatrisa en quelques jours.

En 1846, il reçut un coup de brouette à la partie postérieure du talon gauche, et deux ans plus tard il fit une chute sur les pieds qui nécessita l'application de cataplasmes et de vésicatoires. Il survint un

abcès au niveau de la malléole externe, qui guérit peu de temps après avoir été ouvert.

En 1854, le pied commença à se tuméfier, et il se forma un abcès au-dessous et en arrière de la malléole externe. Le malade entra à cette époque à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, qui enleva quelques fragments d'os, rugina les surfaces malades et cautérisa au fer rouge. La plaie qui résulta de cette opération ne se cicatrisa pas.

M. Richet ayant remplacé M. Laugier, renouvela sans plus de succès l'opération pratiquée par ce chirurgien; le pied resta toujours tuméfié au niveau des malléoles, surtout du côté externe, autour de l'ouverture qui conduit sur les os malades.

Après un séjour de quatorze mois à la Pitié, le malade souffrant toujours et ayant le pied tuméfié, reprit cependant ses travaux, qu'il interrompit de nouveau, à la fin de l'année 1858, pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, à l'époque où je remplaçais M. Richet dans cet hôpital.

Il existait alors au-dessous de la malléole externe une plaie fistuleuse, assez large, entourée de bords indurés, et conduisant à une surface osseuse dénudée. Les bords furent incisés et décollés, et après avoir ruginé le fond de la plaie, je la cautérisai au fer rouge. Cette opération n'eut aucun succès, et le malade quitta l'hôpital sans être guéri. Quelques mois plus tard, la suppuration étant devenue plus abondante et les douleurs plus intenses, le malade rentra de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans l'intention bien arrêtée de se faire couper la jambe, ennuyé qu'il était de traîner son existence depuis cinq ans d'hôpital en hôpital.

A cette époque le cou-de-pied était tuméfié, la peau qui le recouvrait un peu rouge; la tuméfaction ne remontait pas au-dessus des malléoles, et était surtout considérable du côté externe, où l'on voyait, au niveau de la face externe du calcanéum, une plaie fistuleuse, à bords irréguliers, épais et très-indurés, et à travers laquelle un stylet arrivait au centre de l'os, sur des surfaces osseuses friables et se brisant facilement sous la pression. L'instrument n'atteignait pas la face interne de l'os.

La douleur accusée par le malade était très-vive au niveau du calcanéum et de l'articulation tibio-tarsienne, dont les mouvements, sans être abolis, étaient cependant limités.

Je le répète, ce malade, fatigué par de longues souffrances, réclamait instamment l'amputation de la jambe; cependant, après avoir

examiné avec soin l'état des parties, je crus pouvoir affirmer que l'articulation tibio-tarsienne était saine, et pour ce motif, je songeai à pratiquer non pas l'amputation de la jambe, mais la désarticulation sous-astragalienne ou la désarticulation tibio-tarsienne.

L'extirpation du calcanéum a été faite en Amérique et en Angleterre, mais elle n'a pas, que je sache, été faite en France, et on comprend trop difficilement le rôle de l'avant-pied après cette opération, pour que j'aie voulu chercher à l'inaugurer dans la pratique française. D'ailleurs les limites de la maladie ne m'étaient pas connues d'une manière assez certaine pour que la prudence me permît de commencer une opération pour laquelle les incisions des parties molles ne m'eussent plus permis de recourir à une autre amputation, si l'état des os m'y contraignait. Ne sachant donc pas positivement si la lésion que je savais exister au calcanéum ne s'étendait pas à l'astragale, j'indiquai d'avance que je me disposais à faire la désarticulation sous-astragalienne ou la tibio-tarsienne, parce que le premier temps ou l'incision des parties molles étant sensiblement le même dans les deux opérations, il me serait facile de prendre une décision basée sur l'état réel des os.

Le 3 septembre, je fis sur la face externe du pied, à 2 centimètres en avant du tendon d'Achille, au-dessous et en arrière de la malléole externe, une incision qui, conduite en avant, passa par l'ouverture fistuleuse, fut ramenée obliquement sur la face dorsale du pied, en formant une légère convexité antérieure en avant de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Au lieu de continuer immédiatement cette incision sur le bord interne du pied, je disséquai la peau de la face dorsale, j'entr'ouvris l'articulation astragalo-calcanéenne par son côté externe, et avec le doigt j'explorai la face inférieure de l'astragale, qui me parut saine. Me décidant alors complétement pour l'amputation sous-astragalienne, je repris l'incision, qui fut prolongée perpendiculairement sur le côté interne du pied, puis conduite transversalement à travers la face plantaire, et ramenée le long du bord externe jusqu'au point de départ.

Je désarticulai le calcanéum; puis une dissection lente du lambeau à sa face plantaire d'abord, puis à sa face interne et à sa face externe, me permit d'atteindre le tendon d'Achille, qui fut coupé avec de forts ciseaux; je n'eus plus qu'à dégager les tubérosités du calcanéum; une seule artère, la plantaire interne, donna du sang et fut liée. Un

suintement sanguin en nappe m'engagea à toucher quelques points de la plaie avec le perchlorure de fer.

Sauf une légère inflammation avec tuméfaction de la gaîne des péroniers, toutes les parties molles du lambeau étaient saines, ainsi que les os.

Je réunis avec la suture entortillée les trois quarts antérieurs de la plaie ; une boulette de charpie imbibée de perchlorure fut placée dans l'angle externe.

En examinant le pied que nous venions d'enlever, nous avons reconnu que le calcanéum seul était malade. Cet os était déformé à sa surface par une multitude de stalactites osseuses. Le tissu en était très-dense ; un trait de scie antéro-postérieur a montré en effet qu'à l'intérieur l'os était devenu compact, et tout à fait à son centre on trouvait une excavation irrégulièrement sphérique de 3 centimètres de diamètre, tapissée par une membrane rougeâtre et fongueuse, et remplie par un séquestre complétement mobile ; cette cavité correspondait à l'ouverture qui se rencontrait à la face externe de l'os.

C'était donc une nécrose invaginée du calcanéum qui avait causé tous les accidents.

Le 4, un léger écoulement sanguin a eu lieu ; le moignon est un peu tuméfié et chaud ; les linges du pansement sont renouvelés.

Le 6 et le 7, les épingles à suture sont enlevées, et du pus s'écoule par l'angle externe de la plaie.

Les jours suivants, la suppuration s'établit franchement ; le lambeau est maintenu par des bandelettes de diachylon et une plaque de liége placée sous le talòn.

L'état général du malade est constamment bon.

Le 13, la suppuration est moins abondante, et la plaie est réunie à sa partie moyenne au moyen de bourgeons charnus vermeils.

Le 17, le malade a eu de la fièvre depuis deux jours, et en examinant le moignon on trouve de la rougeur et de la tuméfaction en arrière de la malléole interne ; ayant reconnu de la fluctuation en ce point, je pratique une incision, qui donne issue à une assez grande quantité de pus bien lié.

Les jours suivants, l'abcès se déterge, et la plaie marche régulièrement vers la cicatrisation.

Le 23, un foyer purulent s'est formé au-dessus et en arrière de la malléole externe, dans la gaîne des muscles péroniers latéraux ; il est ouvert et fournit une grande quantité de pus.

Le 28, les ouvertures des abcès sont cicatrisées ; la plaie de l'am-

putation a beaucoup diminué; les bourgeons charnus proéminents sont réprimés avec le nitrate d'argent.

Le 10 octobre, la plaie est presque cicatrisée; l'état général est constamment bon; mais la tête de l'astragale paraît tendre à se diriger en bas, entraînée par la rétraction du lambeau plantaire; des bandelettes de diachylon convenablement disposées et une plaque de liége garnie d'amadou sont destinées à lutter contre cette tendance.

Le 20, la cicatrisation est complète, et les jours suivants le malade commence à se lever. Son moignon est régulier; la cicatrice est en avant, mais la tête de l'astragale fait une saillie assez marquée sous cette cicatrice; comme je crains que l'astragale ne se dévie tout à fait et que sa position nouvelle ait une influence défavorable à la marche, je me hâte de faire fabriquer une sorte de botte cylindrique lacée en avant, et à semelle assez épaisse pour masquer le raccourcissement, qui est de 3 centimètres à 3 centimètres et demi. A l'intérieur de la botte, je fais adapter une lamelle de cuir, qui, fixée à la semelle, vient se fixer au lacet antérieur, et relève tout le moignon en le reportant en avant.

Le 1er novembre, le malade a quitté l'Hôtel-Dieu pour aller à l'asile de Vincennes.

Depuis le jour de son entrée dans mon service, dit M. Laborie, le malade a éprouvé une grande amélioration quant à sa santé générale. Le moignon, actuellement parfaitement cicatrisé et indolore, a subi quelques accidents qui m'ont paru causés par la mauvaise disposition de l'appareil prothétique mis en usage. Je lui fais subir des modifications qui, je l'espère, permettront la marche facilement et sans accidents nouveaux.

J'ai fait reproduire par le moulage le moignon de ce malade, et j'aurai l'honneur d'en faire hommage à la Société lorsque la collection d'amputations que je rassemble sera plus complète.

M. RICHARD félicite M. Laborie du résultat qu'il a obtenu sur le malade atteint de maladie de la hanche, bien que l'articulation ne jouisse d'aucun mouvement. Bonnet (de Lyon) considérait qu'après une période de six mois écoulée depuis l'invasion de la maladie, on ne devait plus compter sur le rétablissement des mouvements, et qu'il fallait se borner à obtenir la rectitude du membre.

M. BROCA ajoute qu'il est frappé du volume qu'ont repris la jambe et la cuisse depuis le traitement. Il signale le bruit et les craquements qui se sont fait entendre pendant l'opération, comme ayant pu

faire croire à la production d'une fracture du col du fémur : l'observation ultérieure a prouvé que cette fracture n'existait pas.

M. RICHARD croit que la rupture des ligaments et des dépôts plastiques au voisinage des articulations, donne lieu à un bruit plus considérable que la fracture d'un os.

M. MOREL-LAVALLÉE pense que les bruits perçus sont véritablement dus à une fracture non pas du col, mais des soudures osseuses périphériques.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Le tome XXIII des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1859 ; in-4°.

2° Les tomes XIII, XIV et XXIV des *Bulletins de l'Académie impériale de médecine.*

3° Le n° 2 du tome III du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

4° *Des étranglements internes de l'intestin*, par M. le docteur Besnier (mémoire qui a obtenu une médaille d'or au concours du prix Portal en 1859). Paris, 1860; in-8°.

COMMUNICATION.

M. MARJOLIN communique les deux observations suivantes :

Tumeur fongueuse érectile du maxillaire supérieur. — Résection de la partie malade. — Mort une heure et demie après l'opération.

Observation recueillie par M. Amédée COULON, interne de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Le 29 décembre 1859, le nommé B... (Auguste), âgé de six ans et demi, entra dans le service de M. Marjolin, pour une tumeur du maxillaire supérieur gauche, qui depuis quelque temps était la cause d'hémorrhagies très-abondantes.

A quelle époque remontait la maladie ? quelle pouvait en avoir été la cause première ? Y avait-il eu quelque contusion de la face ?

Questionnés sur ces points, les parents, qui sont d'une bonne santé et qui ne connaissent dans leur famille personne ayant eu une affection semblable, n'ont pu nous donner d'autre renseignement que celui-ci : depuis environ quinze jours l'enfant perd du sang en abon-

dance par les gencives, et ces hémorrhagies, qui se répètent très-fréquemment, ont amené une faiblesse des plus prononcées.

Le petit malade, à part son affection, qui est tout à fait localisée, est grand pour son âge, très-bien proportionné ; il a la taille d'un enfant de dix ans, et ne présente aucun signe de constitution lymphatique ou d'affection scorbutique.

Lors de son entrée, l'enfant est très-pâle et dans un état de chloroanémie des plus marqués ; le sang qu'il perd à chaque nouvelle investigation, ou lorsque par mégarde il mâche un corps dur, devient de plus en plus pâle et presque séreux ; il y a un bruit de souffle dans la carotide droite, et en auscultant le cœur, on entend un bruit de souffle très-doux au premier temps.

Sous l'influence d'un traitement tonique et de l'usage interne du perchlorure de fer, à la dose de 8 à 10 gouttes dans un julep, l'enfant reprend un peu de force, et pendant quelque temps les hémorrhagies s'éloignent. Mais par une triste compensation, l'affection fait des progrès, et comme elle menace d'envahir l'autre côté du maxillaire, M. Marjolin se décide à recourir à la résection partielle du maxillaire gauche, opération qui avait, du reste, été conseillée par MM. Gosselin, Legouest, et plusieurs autres membres de la Société de chirurgie, lorsque l'enfant leur avait été présenté dans le courant de janvier 1860.

La tumeur qui provoque ces hémorrhagies occupe le bord gingival et la partie latérale gauche du maxillaire supérieur, ne débordant en aucun point la ligne médiane, laissant le voile du palais et le pilier antérieur complétement intacts, ainsi que la portion des gencives correspondant aux incisives.

Quelle pouvait être la nature de cette affection ? L'épaississement de la muqueuse et sa coloration d'un rouge plus vif que dans l'état normal, les battements isochrones à ceux du pouls, firent penser à M. Marjolin qu'il s'agissait d'une tumeur fongueuse érectile. Ce qui le confirmait dans son opinion, c'était l'ébranlement de deux grosses molaires, un peu cariées, sur lesquelles il suffisait d'appuyer légèrement pour provoquer un écoulement de sang à ce niveau. De plus, dans tous les points où les battements artériels sont perceptibles, la muqueuse gingivale et celle qui recouvre la voûte palatine sont épaissies et plus molles qu'à l'état normal.

Le 2 mars, M. Marjolin pratiqua l'opération en présence de MM. Jarjavay et Lefort. L'enfant montrait un courage au-dessus de son âge ; il fut assis sur une chaise, et, vu son état de faiblesse, le peu de force

de son pouls et la région sur laquelle l'opération devait être pratiquée, l'anesthésie fut repoussée comme dangereuse.

L'opération, qui ne dura en tout que seize minutes, consista à pratiquer d'abord une petite ponction sur la limite de la voûte palatine et du voile du palais, pour passer l'extrémité de la sonde de Belloc; cette sonde servait à conduire, par l'ouverture postérieure de la fosse nasale gauche, un fil attaché à la scie à chaîne. Ce temps fut assez laborieux, attendu que chaque fois que le voile du palais était touché, l'enfant était pris d'envie de vomir, et qu'il fallait le laisser se calmer. Une fois le fil sorti par la narine gauche et passé sous la lèvre supérieure, la joue fut incisée en un seul temps, depuis la partie postérieure de l'os malaire jusqu'à quelques millimètres en avant de la commissure labiale.

Les parties molles furent disséquées, et trois artères qui donnaient du sang furent liées immédiatement. Lorsque l'os maxillaire fut bien dénudé au-dessus de l'arcade dentaire, M. Marjolin sépara avec précaution le voile du palais de la voûte palatine; puis il incisa d'arrière en avant la muqueuse palatine, et, après avoir extrait l'incisive médiane du côté gauche, il coupa avec la scie à chaîne, dans le sens antéro-postérieur, la voûte palatine. Il ne restait plus alors qu'à faire la section horizontale de la partie malade.

Ce dernier temps fut pratiqué à l'aide d'une petite scie à main. Quelques légères tractions achevèrent de détacher entièrement l'os; ce qui restait du maxillaire parut tout à fait sain. Tout écoulement de sang avait cessé; cependant, par précaution, un bouton de feu fut porté dans le fond de la plaie, et des injections d'eau froide furent pratiquées à plusieurs reprises.

L'enfant avait parfaitement sa connaissance, et la suture eût pu être aussitôt pratiquée, si M. Marjolin n'avait préféré faire reposer le petit opéré, dont la pâleur extrême l'inquiétait. Le pouls était très-faible et les pupilles dilatées.

Immédiatement l'enfant fut étendu sur un lit, enveloppé de linges chauds. Du vin lui fut donné, et il en avala plusieurs gorgées avec plaisir; il continua à répondre, tantôt à voix basse, tantôt par signes, aux questions qu'on lui faisait. Malgré toutes les précautions prises, malgré les sinapismes dont les membres inférieurs étaient couverts, le pouls faiblissait de plus en plus, les paupières supérieures s'abaissaient, et l'enfant voulait dormir. On le fustigea, on le frictionna, on appliqua sur la peau des compresses trempées dans l'eau bouillante; on tenta la respiration artificielle, on eut recours à l'électricité, ap-

pliquée sur les muscles du thorax et sur la région diaphragmatique ; rien ne ranima l'enfant ; une heure et demie après l'opération, la mort était arrivée.

Quelle peut être la cause de cette mort ? L'enfant avait-il perdu une grande quantité de sang ? Non, les trois seules artères qui donnaient furent liées de suite, et, à plusieurs reprises, un jet d'eau froide avait été dirigé sur la plaie pour prévenir l'hémorrhagie en nappe. En aurait-il avalé ? Malheureusement l'autopsie n'ayant pu être faite, nous n'avons pu voir si l'estomac contenait du sang. Est-ce à l'asphyxie qu'il faut rapporter la cause de la mort ? Mais il n'y a eu ni accès de suffocation, ni agitation extrême, et rien ne nous porte à croire que du sang soit tombé dans les bronches. Est-ce à la syncope ? Mais jusqu'aux derniers instants l'enfant a conservé toute sa connaissance.

Il ne nous reste donc qu'à invoquer, comme cause présumable de la mort, un ébranlement du système nerveux. Cet enfant avait montré, pendant tout le cours de l'opération, un courage au-dessus de son âge ; peut-être que ce dernier effort, joint à une perte de sang minime il est vrai, mais trop grande encore à cause de son état de faiblesse, aura suffi pour amener la mort.

Il ne faut du reste pas oublier qu'assez fréquemment, chez les adultes qui n'ont pas été chloroformés et qui ont supporté avec beaucoup de courage une opération laborieuse, il survient une prostration qui leur est souvent fatale.

La portion du maxillaire enlevée était très-vasculaire ; sa surface présentait une coloration rouge, due aux orifices d'un grand nombre de petits vaisseaux ; en dehors, au-dessus de la première dent molaire, il y avait une saillie anormale constituée par du tissu osseux extrêmement vasculaire. La muqueuse recouvrant l'os enlevé était, comme nous l'avons dit, molle, tuméfiée, et plus vasculaire qu'à l'état normal.

M. Marjolin ajoute qu'il y a des tumeurs qui, par leur siége, leur marche, leur aspect et l'ensemble de leurs caractères peuvent être prises pour des polypes naso-pharyngiens et donner lieu à des erreurs dangereuses si l'on songeait à pratiquer une opération, et comme exemple il cite l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Boissari, interne des hôpitaux.

Masse tuberculeuse développée à la partie supérieure du pharynx. Communication avec la cavité crânienne simulant un polype naso-pharyngien ; accroissement rapide. Mort.

Le 19 février 1860, la nommée Marie D..., âgée de quatorze ans,

entra dans le service de M. Marjolin pour une tumeur occupant la partie latérale droite de l'arrière-bouche.

Cette jeune fille, qui est grande, maigre et très-affaiblie, n'offre pas au premier abord les signes d'une constitution scrofuleuse. Ses règles ont paru il y a un an pour la première fois ; puis elles ont cessé il y a environ trois mois. A dater de cette époque, la malade a commencé à éprouver un peu de gêne dans la déglutition, puis on a remarqué un peu d'engorgement sur les deux côtés du cou ; du reste, jamais les mouvements de la tête ou du cou n'ont donné lieu à aucune douleur ; aujourd'hui même ils conservent presque toute leur liberté.

Si on examine le cou, on remarque des deux côtés, en arrière et vers la partie moyenne des sterno-mastoïdiens, deux tumeurs fusiformes de 4 ou 5 cinq centimètres de hauteur, dures, indolentes, mobiles, et accompagnées de quelques petits ganglions lymphatiques. A droite et profondément on a une sensation d'empâtement, comme s'il existait une autre tumeur.

En regardant dans la bouche, on voit que l'amygdale droite, qui est un peu hypertrophiée, se trouve refoulée un peu en avant, ainsi que le pilier postérieur du voile du palais ; ce déplacement est causé par une tumeur située en arrière sur la partie latérale et supérieure de l'isthme du gosier. La sensation est la même que celle que l'on éprouve au toucher dans les inflammations phlegmoneuses au début. Cette tumeur est mal limitée en haut et en bas ; cependant il est facile de s'assurer que la partie postérieure du pharynx, ainsi que les fosses nasales, sont entièrement libres.

Quelle pouvait être la nature de cette affection ? Dès le premier jour, M. Marjolin, écartant l'idée d'un phlegmon, n'hésita pas à dire qu'il croyait que cet engorgement devait être de nature scrofuleuse ; il s'appuya pour établir son diagnostic non-seulement sur l'absence de tout signe d'inflammation locale ou générale, mais principalement sur l'existence des engorgements ganglionnaires très-volumineux situés sur les côtés du cou.

L'affection pouvait-elle avoir une autre nature que la nature scrofuleuse ? pouvait-elle être causée par le développement d'une masse fibreuse ou cancéreuse ?

A plusieurs reprises ces questions furent soulevées ; mais la conclusion de M. Marjolin fut toujours celle-ci : c'est qu'en présence d'une tumeur mal limitée, embrassant toute la partie latérale du cou et par conséquent ayant des rapports intimes avec des troncs vasculaires et nerveux importants, on devait, malgré la mort certaine à la-

quelle cette enfant semblait voûtée, s'abstenir de toute opération.

Avait-on affaire à une arthrite cervicale ?

Cette question fut aussi posée, mais l'examen attentif de la paroi postérieure du pharynx, l'absence de toute douleur et l'intégrité des mouvements du cou éloignèrent encore M. Marjolin de cette pensée. Il fit suivre à la malade un traitement antiscrofuleux, local et général, aussi complet que possible, s'efforçant en même temps de soutenir ses forces par une bonne alimentation.

Malgré cette médication la tumeur de l'arrière-bouche fit en très-peu de temps des progrès excessivement rapides ; la parole et la déglutition devinrent de plus en plus difficiles ; la respiration ne pouvait se faire que par la bouche, et bientôt la tumeur, repoussant en avant le voile du palais et la luette, finit par remplir la presque totalité de la bouche et arriver jusqu'aux arcades dentaires supérieures.

A ce moment l'isthme du gosier était entièrement déformé, rétréci ; les fosses nasales, fermées à leur partie postérieure, ne donnant plus passage à l'air, la voix était altérée, la parole à peine intelligible ; la malade avalait avec peine quelques aliments liquides ; elle était tombée dans un amaigrissement et une faiblesse extrêmes, presque toujours assoupie ou occupée à débarrasser sa bouche de mucosités épaissies et sans odeur.

Du reste aucun symptôme de paralysie de la sensibilité ou du mouvement ; la seule chose qui lui fût très-pénible était les mouvements qui tendaient à renverser la tête en arrière.

Quelques semaines avaient suffi pour produire un semblable état. En présence d'une marche aussi rapide et aussi insolite que rien n'avait pu conjurer, M. Marjolin conçut des doutes sur son premier diagnostic, et pensa que la tumeur pouvait être de nature cancéreuse.

La mort, qui survint le 19 avril, après quelques accès de suffocation probablement causés par l'introduction de liquide dans les voies aériennes, et un état presque continuel d'assoupissement, prouva cependant que le premier diagnostic était juste ; seulement nous étions loin encore de pouvoir soupçonner l'étendue de la maladie.

A l'autopsie, on trouva tous les ganglions du cou hypertrophiés, présentant tous les divers degrés de transition jusqu'au tubercule ramolli. A droite surtout, ils enveloppaient la tumeur principale, qui s'étendait depuis la base du crâne jusqu'à la troisième vertèbre cervicale ; la tumeur dans ce point formait une saillie considérable. Les corps des vertèbres étaient peu altérés ; mais au niveau de l'apophyse basilaire et de la selle turcique, les os étaient presque complétement

détruits, et on remarquait dans ce point la tumeur soulevant la dure-mère, qui était intacte.

La tumeur, qui était très-volumineuse, était entièrement composée de matière tuberculeuse ramollie.

L'examen des autres organes de la poitrine et de l'abdomen n'a fait rencontrer aucun autre engorgement tuberculeux ; les ganglions mésentériques ont seulement paru plus volumineux que dans l'état normal.

En résumé, quel que soit le point de départ de cette maladie, qu'elle ait eu son siége primitif dans les os de la base du crâne, ou que les os n'aient été altérés que consécutivement, sa marche rapide, la région qu'elle occupait, le désir enfin de sauver cette malade, chez laquelle rien ne pouvait faire supposer une affection aussi insolite, tout pouvait porter à entreprendre une opération qui non-seulement n'eût pu être terminée, mais aurait pu causer une mort immédiate.

M. GIRALDÈS fait remarquer que le premier fait rapporté par M. Marjolin ne prouve pas ce que M. Marjolin veut prouver. Aucun chirurgien ne regarde l'ablation du maxillaire supérieur comme innocente, mais personne ne saurait lui attribuer la mort si prompte de l'enfant opéré. Il désirerait avoir quelques renseignements sur la conformation et la constitution de ce jeune malade.

M. MARJOLIN répond que l'enfant était parfaitement conformé, mais qu'il était affaibli par de nombreuses hémorrhagies antécédentes.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Verneuil de remettre à la prochaine séance la suite de son discours, la Société devant nommer aujourd'hui un membre titulaire et des correspondants nationaux.

Le dépouillement du scrutin de vote pour la nomination d'un membre titulaire donne :

Nombre de votants.	28
MM. Bauchet.	21 voix.
Foucher.	5 »
Béraud.	1 »
Billets blancs.	1

M. Bauchet est nommé membre titulaire de la Société.

Le dépouillement du scrutin de vote pour la nomination de cinq membres correspondants nationaux donne :

Nombre de votants.	27	
MM. Dieulafoy.	24	voix.
Perrin (Maurice).	21	»
Putégnat.	20	»
Reybard.	19	»
Rochard.	18	»
Lizé, Silbert et Rimbert. . . .	3	»
Azam et Lambron.	2	»
Bourguet, Delacourt, Gillebert, Philippeau, Ripoll et Salmon. .	1	»

MM. Dieulafoy, Perrin, Putégnat, Reybaud et Rochard sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

— M. JULES ROUX (de Toulon) communique l'observation d'une *tumeur abdominale ganglionnaire* coiffée par l'intestin et sortie par l'anus.

Mlle X..., âgée de quatorze ans, constitution débile, tempérament lymphatique, avait reçu un coup dans la fosse iliaque gauche.

Dans les derniers jours de mai 1858, elle éprouve du malaise, de la constipation, des douleurs abdominales ; les efforts de défécation n'amènent au dehors que des mucosités ou une petite quantité de matières fécales délayées.

Le 2 juin, se présentent à l'anus des lambeaux sphacélés du feuillet muqueux de l'intestin ; ils sont adhérents par une extrémité et doivent être coupés avec des ciseaux ; peu d'instants après, sortie d'une portion du gros intestin invaginé. Les parties herniées offrent à l'œil de larges eschares membraniformes exhalant une odeur *sui generis* et paraissant adhérer dans un point beaucoup plus élevé correspondant au point d'insertion au mésentère. Cette portion du tube digestif, réduite avec beaucoup de difficulté, reste dans le rectum à une hauteur que le doigt peut atteindre.

Quelques jours après, je fais adapter au bout d'un jonc flexible un embout en buis tourné, ovoïde, à rebord saillant et concave. L'extrémité mousse de l'embout, convenablement enduite d'un corps gras, est engagée dans le rectum et introduite dans la lumière de l'intestin invaginé, qui est repoussé doucement jusqu'à une hauteur de 0,60 centimètres. Cette opération est bien supportée, quoique la malade accuse des douleurs assez vives dans la fosse iliaque gauche. La circu-

lation intestinale se rétablit, l'état général s'améliore, et, quelques mois après, Mlle X... est envoyée en pension à quatre-vingt kilomètres de Toulon.

Le 26 décembre, pendant la nuit, elle est prise de vomissements opiniâtres. Bientôt, les matières ont une odeur stercorale. Le facies est altéré, le pouls petit; en un mot, on observe tous les symptômes d'un étranglement interne.

Les jours suivants, grâce à un traitement habilement dirigé, les accidents se calment un peu, mais la constipation persiste.

Le 7 janvier 1859, signes d'occlusion intestinale; puis, sans que rien ait pu le faire pressentir, la malade rend par l'anus, sans efforts considérables, une volumineuse tumeur.

Diminution rapide de tous les accidents; mais comme une opération paraît inévitable aux médecins consultés, les parents se décident à ramener leur fille à Toulon.

Le 10, j'examine Mlle X..., avec M. le docteur Barat, chirurgien principal de la marine.

La tumeur est ellipsoïde : ses diamètres sont à peu près de 0,15 c. pour le grand, 0,07 pour le petit; elle est suspendue à l'anus par un long pédicule de la grosseur du doigt. Sa couleur est rougeâtre, sa surface est sillonnée de plis irréguliers formés par la muqueuse renversée. On voit à son sommet un petit diverticulum, en apparence perforé, qu'on pourrait prendre pour l'appendice iléo-cœcal retourné. Elle est dure, résistante, sans indice de fluctuation. Nous nous assurons que les gaz et les matières fécales passent uniquement par l'anus, quoiqu'il y ait quelques pertuis borgnes, terminés en cul-de-sac, dans lesquels s'engage l'extrémité d'une sonde cannelée. Toutes les parties exhalent une odeur à la fois fécale et gangréneuse.

Après avoir délibéré, nous tombons d'accord sur le diagnostic :

La tumeur s'est lentement développée dans l'épaisseur ou en dehors de la paroi du gros intestin, s'en est immédiatement coiffée de manière à s'en faire une enveloppe et un pédicule étroit; elle pend, comme un polype, dans le tube digestif, dont elle a probablement parcouru une portion étendue.

Que faire?

La réduction est impossible, elle est inutile. Le sphacèle semble inévitable.

Espérant qu'une partie seulement du calibre de l'intestin forme l'enveloppe de la tumeur et de son pédicule, et ne pas occasionner un rétrécissement trop étendu, mais un simple pincement d'une des pa-

rois ; pensant que l'invagination cesserait avec sa cause, et que les dangers de la plaie pénétrante de l'abdomen que nous allions faire pouvaient être conjurés par des adhérences déjà établies, nous nous décidons pour la ligature et l'excision.

Opération. — Une grosse ligature de fils cirés est fortement serrée sur le pédicule, immédiatement en dehors de l'anus. Les deux chefs sont noués à leurs extrémités, et, dans l'anse qu'ils forment, est attachée une longue ficelle susceptible de ramener au dehors, en cas d'accidents, le point lié. Le pédicule est coupé avec des ciseaux, et l'intestin remonte spontanément, peu à peu, entraînant avec lui 0,70 cent. du lien.

Examen de la tumeur. — Nous examinons, en présence de plusieurs professeurs et chirurgiens de la marine, la tumeur, préparée par M. le docteur Guillabert, chirurgien de 1re classe, chef des travaux anatomiques.

Elle offre de dehors en dedans les trois tuniques du gros intestin parfaitement saines ; puis une masse de tissu adipeux au milieu duquel est un corps sphéroïdal, que, au premier abord, on a pu prendre pour un ganglion mésentérique hypertrophié, et même pour un ovaire malade. La dissection du pédicule montre qu'il est formé de tous les éléments du tube intestinal et par un prolongement du péritoine, qui se termine en cul-de-sac entre la masse adipeuse et l'intestin. Là, la séreuse abdominale est hyperémiée. Il résulte de cet examen que la ligature avait porté sur l'intestin et le péritoine, dont un cul-de-sac non adhérent était resté avec la tumeur.

Le lendemain, les symptômes fâcheux disparaissent ; une grande quantité de vents et de matières fécales sont expulsés. Les jours suivants, l'appétit et les forces reviennent ; on accorde des bouillons et des potages. — Repos ; boissons délayantes ; un ou deux lavements après le troisième jour.

Le 15 janvier (la malade avait mangé un fruit presque cru), vomissements bilieux, puis fécaloïdes ; coliques ; abdomen tendu, mais peu douloureux à la pression ; affaissement. Le toucher me fait reconnaître, près de l'ombilic, une tuméfaction allongée où la pression détermine un flux et reflux de matières liquides et de gaz ; rien d'anormal dans les fosses iliaques. Dans la soirée, trois selles semblables aux matières vomies. Le volume et la dureté du ventre diminuent ; la tuméfaction pré-ombilicale s'efface. Le lien attaché à la ligature a été rendu avec les selles, et nous constatons que le fil de la ligature s'est brisé au-dessous du nœud qui étreignait l'intestin.

Pendant cinq jours, état satisfaisant.

Le 21, retour des mêmes accidents : pas de signes d'inflammation, gonflement énorme de l'abdomen ; des anses intestinales grêles se dessinent à travers ses parois. Deux lavements sont rendus avec quelques matières.

Le 22, amélioration sensible, sommeil profond, retour des forces. — Antispasmodiques, régime sévère, le moindre écart ramenant l'état grave.

Le calme continue jusqu'au 28, où les symptômes d'occlusion reviennent et disparaissent à la suite d'une débâcle.

Le 31, nouvelle scène : cathétérisme rectal, injection, par la sonde, de deux litres de liquide mucilagineux. Selle très-abondante après.

Le 1[er] février, la malade va mieux quoique très-affaiblie ; on accorde des aliments substantiels. Le mieux se maintient jusqu'au 12.

Les 12 et 13, retour des signes d'occlusion intestinale ; nouveau cathétérisme remontant à 0,70. Selles.

De cette époque au mois de mars 1859, les choses ont marché de la même manière. Quand la malade mangeait peu, les crises étaient retardées ; au moindre écart de régime, apparition des symptômes graves terminée par une débâcle.

Les purgatifs doux (huile de ricin), parfois utiles, n'étaient pas toujours tolérés ; les lavements huileux et mucilagineux n'amenaient pas de grands résultats, même lorsqu'ils étaient poussés à travers une sonde œsophagienne. Plusieurs semaines passées à la campagne, le choix attentif des aliments, l'usage continu de doux laxatifs et de lavements émollients, n'amenaient jamais qu'un état passable. La malade s'affaiblissait graduellement et les intervalles de mieux devenaient de plus en plus courts.

Le 27 avril 1859, je trouvai la jeune fille dans l'état suivant :

La peau était froide, couverte d'une sueur visqueuse, le pouls filiforme, la face grippée, les vomissements fécaloïdes incessants, l'abdomen souple, mais énormément dilaté ; il n'y avait pas eu de selles depuis quarante-huit heures.

Alors l'idée de l'entérotomie fut agitée, mais elle fut repoussée par la famille, à cause de l'état désespéré de l'enfant, qui mourut dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort. — MM. Guillabert, Barat et moi procédâmes à l'autopsie, qui nous montra ce qui suit :

Emaciation considérable, pâleur des tissus, gonflement énorme de l'abdomen, décomposition avancée de ses parois. Le premier coup de

scalpel, quoique léger, traverse la paroi abdominale amincie et ouvre un point de l'intestin. Des gaz et des matières fécales font explosion par cette ouverture et se répandent au loin.

En suivant le gros intestin de l'anus vers le cœcum, on arrive jusqu'au côlon ascendant sans trouver d'obstacle ; mais là, le tube digestif se coude brusquement, pour passer sous une forte bride épiploïque, qui lui a fait subir un rétrécissement manifeste, à *cent dix centimètres* environ de l'anus.

Le point rétréci a le volume d'une plume d'oie et ne laisse pas passer la pulpe du doigt auriculaire. On n'y voit aucune trace de cicatrice, mais toutes les tuniques intestinales sont amincies et transparentes comme une feuille de papier.

Au-dessus, l'intestin est dilaté ; au-dessous, il est aplati, mais conserve ses dimensions normales.

On trouve des traces de péritonite, un épaississement considérable de tous les mésentères, paraissant dater d'une époque éloignée ; des exsudations plastiques plus récentes réunissent entre elles des circonvolutions intestinales.

Les organes génitaux intra-pelviens sont à l'état normal. On constate la présence des trompes des ovaires.

Le rétrécissement est résistant, infranchissable même à une forte pression ; la pièce que je présente en donnera encore une idée, bien qu'elle ait été en partie déchirée pendant la dissection et la préparation.

Réflexions. — Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la gangrène d'une assez grande étendue du feuillet muqueux du gros intestin et sur la nature du corps adénoïde observé, j'ai cru qu'il y aurait de l'intérêt à entretenir la Société de chirurgie de sa singulière évolution et de sa marche à travers une longue portion du tube digestif.

Parmi les conjectures qu'on peut faire pour se rendre compte de tous les phénomènes observés, la suivante trouve certainement une place : la première invagination du gros intestin ne s'est qu'incomplétement réduite. Dans une duplicature partielle s'est trouvé un amas de ganglions lymphatiques, qui, en s'hypertrophiant, a façonné les enveloppes intestinales de manière à produire la tumeur qui s'est fait jour par l'anus.

Ce fait est peut-être sans exemple dans la science, et l'on comprend nos indécisions et l'opération que nous avons pratiquée, non sans en pressentir et la gravité et les conséquences.

Je dois avouer qu'il restait une inconnue, et que, maintenant que presque tous les détails de ce fait chirurgical sont mis au jour, il y aurait eu peut-être à tenir une conduite différente, c'est-à-dire à ne pas retrancher toute la tumeur par une section de son pédicule, mais à la fendre, à énucléer le corps qu'elle contenait, et à réunir la plaie intestinale par une suture, de manière à éviter l'inévitable rétrécissement, suite de la ligature.

M. ROBERT s'étonne que M. Roux se soit abstenu, dans ce cas, de pratiquer l'entérotomie, attendu qu'il a assisté aux premiers accidents et qu'il avait constaté cette circonstance favorable, que l'obstacle existait dans le gros intestin. Il est facile, en effet, de mettre le cœcum à découvert sans léser le péritoine et de le ponctionner. M. Robert a pratiqué cette opération, qui n'échoue, la plupart du temps, que parce qu'on se décide trop tard à la faire.

M. ROUX connaissait ce procédé, qu'il a expérimenté sur le cadavre d'un jeune homme mort d'étranglement interne, et qu'il a publié. Il ne l'a pas mis en usage sur la jeune fille dont il vient de parer, parce qu'il n'existait aucune tumeur dans la fosse iliaque droite, parce que le diagnostic était incertain et que des symptômes de péritonite s'étaient déclarés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY met sous les yeux de la Société un polype folliculeux développé sur la lèvre postérieure du col de l'utérus, chez une dame âgée, et qui, outre la singularité de sa structure, présentait encore cette particularité, qu'il disparaissait après le repos de la malade, pour reparaître après la marche et dans la station debout.

M. DEPAUL s'étonne d'entendre M. Demarquay signaler comme remarquable un fait aussi commun. Presque tous les polypes du col de l'utérus sont de la nature de celui-ci, et un très-grand nombre paraissent et disparaissent comme lui.

M. HUGUIER partage l'avis de M. Depaul. Le premier il a désigné ces polypes sous le nom d'utéro-folliculeux ; tous s'insèrent sur la paroi postérieure du col ; un très-grand nombre paraissent et disparaissent alternativement. Cette circonstance se présente surtout lorsque ces polypes sont longs, soutenus par un pédicule étroit, et affectent la forme d'un battant de cloche. Ils fuient alors en remontant dans l'organe devant le doigt qui les explore, et ne sont reconnus que lorsque le doigt rencontre leur pédicule même, offrant au toucher une certaine résistance.

M. MARJOLIN avait examiné cette dame au spéculum et n'avait pas vu le polype. Le col était inégal et donnait issue à un écoulement d'eaux rousses d'une odeur infecte, qui auraient pu faire croire à un cancer de l'utérus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 3 mai 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. HUGUIER, à propos du cas curieux de tumeur sortie par l'anus, que M. Roux a rapporté, fait remarquer que la malade, atteinte de cette affection, a succombé à la rétention consécutive des matières intestinales.

La tumeur, située en dehors du rectum, qu'elle a repoussé et invaginé au-devant d'elle, a apporté peu à peu un obstacle à la sortie des fèces : si au lieu de la couper à son pédicule, on n'eût fait qu'inciser longitudinalement l'intestin, il eût été possible de la faire sortir par cette espèce de boutonnière ; aucun rétrécissement et probablement aucun accident ne serait survenu.

M. ROUX trouve la remarque de M. Huguier d'autant plus juste qu'il l'a faite lui-même.

M. DEPAUL est de l'avis de ses deux collègues ; mais il se demande si, avant d'entreprendre l'opération conseillée, on avait pu établir un diagnostic certain.

Le fait que M. Roux nous a communiqué doit être très-rare, et les règles de son diagnostic doivent être posées avant celles de la thérapeutique. L'incision simple, du reste, a été proposée pour l'ablation de petits polypes fibreux de l'utérus.

M. ROUX reconnaît que le diagnostic n'avait pas été établi, que la tumeur avait été prise tout d'abord pour un polype, et qu'en pareil cas il est toujours très-difficile de se prononcer certainement sur la nature du mal.

M. CHASSAIGNAC a employé le procédé que vient de rappeler M. Depaul, pour enlever un polype de l'utérus chez une jeune femme affaiblie par une abondante hémorrhagie.

L'ineision ne permit pas au polype de se dégager entièrement : M. Chassaignae l'engagea dans la ehaîne de l'écraseur eourbe et le détaeha sans aeeident. Il n'y eut ni hémorrhagies ni douleurs inguinales. La pièee pathologique est mise sous les yeux de la Soeiété.

M. MOREL-LAVALLÉE a opéré, au moyen de l'éeraseur eourbe muni d'un fil de fer en guise do ehaîne, deux polypes de l'utérus dont il n'avait pu eonstater exaetement le point d'insertion du pédicule. Il a pu porter facilement son éeraseur au delà du grand diamètre des tumeurs, et il n'a eu à constater aueun aecident eonséeutif.

M. DEPAUL appelle l'attention sur la disposition du polype présenté par M. Chassaignae. Cette disposition fait voir que le polype a été enlevé totalement : aueune trace de pédieule fibreux seetionné n'existe. On a done pensé à tort que les polypes étaient supportés par un pédieule de même texture qu'eux : le pédieule est exelusivement formé par la surfaee interne de l'utérus allongé.

Suite de la discussion sur les polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Avant de répondre à M. Robert, je constate d'abord que eeux qui ont jusqu'à présent pris part à la diseussion se sont, eomme moi, pronoñeés pour les opérations préliminaires larges, et sont peu partisans des voies étroites et des méthodes dites simples, dont ils reeonnaissent et l'insuffisance et les dangers. Ce premier point me paraît désormais aequis.

M. Robert m'a reproché de n'avoir pas indiqué les cas où la voie nasale était applieable, et il ajoute que eette voie doit être réservée pour les polypes dont l'insertion se fait sur les parties antérieures des fosses nasales et dans les cellules ethmoïdales ; polypes qui déterminent des déformations et des dégâts dans la région qui répond au nez proprement dit, à sa racine et aux parties environnantes. Si le polype est inséré plus profondément, s'il est naso-pharyngien, il ne faut pas, suivant M. Robert, l'aborder de ce eôté, et alors il ne reste véritablement que deux méthodes préliminaires et même deux procédés, eelui de M. Nélaton et l'ablation de la mâehoire supérieure.

Je crois bonnes les indieations que M. Robert reconnaît aux proeédés de la voie nasale, mais je pense que l'on ne peut s'appuyer beaueoup sur l'insertion présumée, parce que eette insertion à la partie antérieure de la base du erâne et aux eellules ethmoïdales est fort problématique au moins pour les polypes fibreux, et en tout eas à peu près impossible à reeonnaître d'avanee. De nombreux exemples mon-

trent que les polypes réellement originaires de la voûte du pharynx peuvent exercer leurs ravages sur l'auvent nasal, la région lacrymale, la partie inférieure du front et le tiers interne de la joue, tout aussi bien que les tumeurs nées directement dans la moitié antérieure des cavités olfactives.

Dans ces cas, je pense qu'on peut arriver très-profondément jusqu'à l'apophyse basilaire en fendant le nez et en suivant simplement la tumeur jusqu'à son pédicule. En effet, le corps fibreux, avant d'apparaître sous la peau, a lentement refoulé, usé, détruit toute la fragile charpente osseuse de l'ethmoïde, des cornets, de la cloison, de la paroi naso-maxillaire, et l'on est surpris de trouver, après l'extirpation du néoplasme, une caverne spacieuse dans laquelle on engage plusieurs doigts, qu'on conduit sans peine jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, à travers les arrière-narines amplifiées ou réunies toutes deux en une seule par suite du refoulement ou de la destruction du septum nasal.

J'ai réuni un bon nombre d'observations relatives à la voie nasale ; il ne s'agit pas exclusivement de polypes naso-pharyngiens, mais bien de tumeurs de diverses natures ; recueillis dans un autre but, ces faits attestent impartialement ce que j'avance, c'est-à-dire l'accès facile que donne la voie nasale jusqu'au pharynx, et les chirurgiens d'où elles émanent sont des autorités dignes de foi ; j'en nommerai quelques-uns : Robertson, Dieffenbach, Seutin, Lenoir, Roux, Chassaignac, Borelli, qui ont pu se contenter d'incisions cutanées simples, parce que le second temps de l'opération préliminaire avait déjà été réalisé par les progrès du mal.

Lorsque l'incision cutanée n'a pas paru suffisante parce que les os superficiels n'avaient pas encore été dissociés ou résorbés, on a agrandi l'entrée de la voie par des résections partielles portant sur l'apophyse montante, les os propres du nez, la paroi antérieure du sinus maxillaire, la cloison des fosses nasales, ou celle qui sépare la cavité olfactive de l'antre d'Highmore. Un grand nombre de chirurgiens ont procédé de cette façon ; je citerai dès 1834 Valentine Mott, puis MM. Lenoir, Giraldès, Michaux, Chassaignac, Despretz, Langenbeck, Valette, et d'autres encore.

Dans la méthode nasale, comme dans les autres, il faut toujours distinguer les procédés larges et les procédés parcimonieux ; parmi ces derniers, je compte le débridement simple de la narine, et je reconnais qu'il a été le plus souvent insuffisant dans les cas cités par Dupuytren, Syme, Fergusson, Middeldorpf, et d'autres. Aussi je

trouve dans l'inefficacité de ce débridement un argument en faveur des voies préliminaires larges. Mais, en revanche, je serais en mesure de prouver que l'incision large du nez et de son squelette ouvre une route assez large pour permettre la destruction de certains polypes naso-pharyngiens vrais, et que par conséquent elle mérite d'être conservée.

J'accorde volontiers à M. Robert que la connaissance précise des insertions serait d'un grand secours dans le choix délicat qu'il convient de faire entre les diverses opérations préliminaires; mais je reconnais avec lui que l'anatomie pathologique est fort peu avancée. Il ne manque pas d'autopsies, mais les insertions sont vaguement indiquées dans la plupart, de sorte qu'on a pu admettre successivement des implantations à l'apophyse basilaire, au corps du sphénoïde, aux vertèbres cervicales, au vomer, à l'apophyse ptérygoïde, à l'extrémité postérieure des cornets, au tissu fibreux qui obture le trou déchiré postérieur, à la corne postérieure du pharynx qui s'étend en arrière et en dehors de la trompe d'Eustache, etc.

Les tumeurs, suivant les uns, partent du périoste de tous ces points; suivant les autres, le périoste de l'apophyse basilaire aurait seul le privilége de végéter ces polypes; d'autres pensent que les tumeurs susdites ne sont même que l'hypertrophie d'un renflement normal que la muqueuse pharyngienne présente vers sa voûte, disposition anatomique curieuse, découverte par M. Lorain. Tout ce qui ne partirait pas de ce point devrait être considéré comme des adhérences secondaires dues à la soudure des muqueuses adossées, et, quelle que soit la solidité de ces adhérences, elles seraient toujours la suite d'inflammations adhésives. M. Robert croit, pour sa part, que certains polypes naissent primitivement en dehors du pharynx, et n'y font saillie qu'ultérieurement en se coiffant de la paroi pharyngienne, qu'ils repoussent devant eux par les progrès de leur développement. Je ne conteste aucune de ces assertions; mais la plupart d'entre elles me paraissent exiger un surcroît de preuves tirées de l'examen direct, c'est-à-dire de dissections exactes.

Les occasions de faire ces dernières sont rares, et nous n'avons guère que trois ou quatre faits qui soient probants. Un exemple montrera bien notre incertitude. M. Nélaton, qui a beaucoup éclairé ce point litigieux, ne croit pas à l'insertion vertébrale des polypes naso-pharyngiens admise par M. Michaux, et acceptée par M. Robert autrefois et maintenant encore; or l'habile professeur de la Clinique a lui-même cru reconnaître dans un cas cette insertion, qu'il rejette

actuellement. A la vérité, il affirme aujourd'hui s'être trompé alors, et par cet aveu il élude le reproche. Mais s'il a pu prendre le change, qui pourrait être sûr d'éviter l'erreur?

Et combien d'autres points obscurs ! Certains polypes sont si solidement fixés, qu'on tord, qu'on brise, qu'on fausse les pinces, les tenettes, les crochets à l'aide desquels on cherche à arracher la tumeur. Dans d'autres cas bien authentiques, la pression des doigts et la traction des instruments a suffi pour énucléer de volumineux fibromes. Quelle interprétation donner à ces différences ? — Certains polypes ont un pédicule grêle, friable, aisément sécable par la ligature ou l'excision, ou se laissent entraîner sans peine par l'arrachement.

Les anciennes méthodes leur ont été appliquées, et ont procuré des guérisons radicales.

D'autres tumeurs ont, au contraire, une base si large, si diffuse, qu'elles semblent s'insérer sur la plus grande partie de la voûte naso-pharyngienne. Quel est le point de départ anatomique précis dans ces deux cas? Est-ce la muqueuse seule et son derme, est-ce le périoste ? On n'en sait rien.

Avouons donc notre ignorance et cherchons. Surtout ne croyons pas en savoir plus que nous n'en savons réellement.

Ce que je viens de dire de l'anatomie pathologique, je ne crains pas de le répéter pour le diagnostic au lit du malade ; parfois il est facile, ou n'exige du moins qu'un certain degré d'habitude et de connaissance du sujet. Parfois, je crois les difficultés insurmontables.

Certes le problème serait facile si des autopsies nombreuses avaient montré :

1° Qu'un polype fibreux, qui fait à la fois saillie dans la narine et dans le pharynx, s'insère *toujours* à la paroi supérieure de cette cavité, et part *toujours* de la région sphéno-basilaire ;

2° Qu'un polype, né du point susdit, est *toujours* fibreux, jamais mou ; d'où l'on conclurait, d'après les caractères et la consistance de la tumeur, à l'origine et au lieu précis d'implantation.

Malheureusement les choses ne sont pas si simples. Les polypes nés dans les fosses nasales peuvent être fibreux ; cela est rare, mais paraît incontestable. D'autres sont muqueux et remplissent à la fois le nez et le pharynx. D'autres sont durs, fibreux en arrière, mous, spongieux en avant.

Les corps fibreux, développés dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, peuvent à la fois combler et les cavités olfactives et la moitié supérieure de la gorge, et partout, dans les livres un peu anciens, on

voit la confusion régner entre les fibromes pédiculés naso-pharyngiens et les prétendus polypes fibreux du sinus maxillaire. Je dis prétendus, parce que, malgré le grand nombre de faits disséminés dans les livres sous le titre de polypes fibreux du sinus maxillaire, il n'existe pas dans la science une seule observation authentique démontrant irréfragablement que la muqueuse délicate qui tapisse ce sinus, soit susceptible de donner naissance à de véritables tumeurs fibreuses à pédicule distinct.

Lorsque ces tumeurs ont acquis assez de développement pour remplir les cavités profondes de la face, distendre les parois du nez en avant, la joue, les fosses zygomatique et temporale en dehors, le voile du palais et la voûte palatine en bas, le toucher, l'introduction du stylet et des sondes ne parviennent pas à donner une connaissance exacte de l'origine et même de l'étendue du néoplasme, et nous n'avons guère de signes certains qui nous révèlent la distension du sinus sphénoïdal, la destruction de sa paroi supérieure et la pénétration du parasite jusque dans la cavité crânienne.

Je crois donc pouvoir avancer que de nouvelles études sont indispensables pour établir au lit du malade le diagnostic de ces cas difficiles, et ces études devront porter sur toutes les tumeurs profondes qui, développées dans les fosses nasales, le sinus maxillaire, l'arrière-gorge ou les os eux-mêmes, sont susceptibles d'être confondues les unes avec les autres.

C'est précisément en présence de ces incertitudes du diagnostic anatomique, que j'ai conseillé empiriquement d'attaquer la tumeur par le côté où elle proémine le plus, de manière qu'on puisse toujours arriver à la région sphéno-basilaire, quelle que soit la voie que l'on ait prise. C'est pour cela que j'ai conseillé encore les voies larges, et au besoin la résection totale du maxillaire, lorsque la tumeur fait saillie dans plusieurs directions.

J'aurais bien des choses à répondre à M. Robert, et sur la question de la récidive, et sur celle des cautérisations immédiates ou consécutives, mais je craindrais de fatiguer l'attention de la Société, et je n'examinerai plus qu'un seul point.

M. Robert est disposé à simplifier beaucoup la médecine opératoire dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, car il ne conserve de la foule des procédés préliminaires que deux opérations, celle de M. Nélaton et la résection du maxillaire supérieur.

J'avais écarté ce parallèle de mon rapport, mais comme tout fait présager une cessation prochaine de la discussion, je ne puis me dis-

penser de dire mon opinion, au moins sur l'une de ces opérations.

Qu'il me soit donc permis de faire ici l'examen critique de la résection de la voûte palatine.

Pour apprécier convenablement un nouveau procédé opératoire et établir soit sa prééminence, soit son infériorité sur les procédés rivaux, il me paraît indispensable, alors surtout qu'une expérience de longue date n'a pas encore prononcé, il me paraît indispensable, dis-je, de rassembler d'abord tous les faits connus, si cela est possible, de compter les succès, les insuccès et les revers; de faire, en un mot, l'inventaire des matériaux. Après quoi on tire les conséquences, et l'on procède au travail de comparaison.

Il résulte de l'enquête à laquelle je me suis livré à l'égard du procédé de M. Nélaton, que cette opération préliminaire a déjà été appliquée douze fois à la cure des polypes naso-pharyngiens.

Ces douze faits sont ainsi répartis :

Procédé pur de M. Nélaton, c'est-à-dire section médiane du voile du palais, avec résection de la voûte palatine, par son auteur six fois (1), par M. Richard deux fois, puis une fois par chacun des chirurgiens suivants : MM. Robert, Legouest, Jarjavay, Verneuil. Peut-être un des malades de M. Nélaton a-t-il été opéré suivant la modification conseillée par M. Botrel, c'est-à-dire en respectant la luette et le bord postérieur libre du voile; mais les détails de l'observation ne sont pas assez clairs pour qu'on puisse en rester assuré. (Voir l'observation de Leprêtre, *Moniteur des hôpitaux*, 8 juillet 1854, pag. 642-677.)

Sur deux malades (Rondenay et Leprêtre), la tumeur elle-même s'était chargée de détruire la paroi osseuse de la voûte palatine. Il ne restait plus que la muqueuse plus ou moins altérée. Il parut suffisant d'inciser cette dernière, et l'on n'eut pas la peine de sectionner méthodiquement les os.

Cette considération pourrait nous engager ou à rejeter ces deux faits, en ne les considérant que comme des exemples de débridement par la voie buccale, ou bien à grossir le nombre des résections de la voûte palatine de deux observations fort analogues aux précédentes,

---

(1) Un septième malade est actuellement encore, si je suis bien informé, dans les salles de la Clinique. Son traitement se continue; le résultat, par conséquent, n'est point décidé, et ce fait peut être écarté sans inconvénient.

puisqu'on fendit aussi le voile du palais et la muqueuse palatine, que ne doublaient plus les apophyses horizontales des maxillaires supérieurs. Je fais allusion ici à la conduite que suivirent M. Ach. Flaubert en 1840 et Adelmann de Dorpat en 1843.

M. Michaux, de Louvain, et M. Oscar Heyfelder, ont vu dans ces deux opérations non-seulement le principe, mais l'exécution même de l'idée réalisée en 1848 par M. Nélaton. M. Michaux, lui aussi, avait réséqué une portion de la voûte palatine pour atteindre plus aisément une tumeur pharyngienne, de sorte qu'il y aurait lieu ici à une discussion de priorité qui ne serait pas sans intérêt. Cependant je n'y insiste pas. Je reconnaîtrai volontiers que de la connaissance des trois faits que je viens de rappeler, à l'institution d'un procédé régulier, il n'y avait qu'un pas minime à franchir.

Mais il faut bien savoir qu'en fait de progrès scientifique, les plus petits espaces ne sont pas toujours ceux qui sont le plus vite parcourus. Si donc l'idée de profiter de la destruction de la voûte palatine osseuse ou de réaliser cette destruction pour atteindre les polypes naso-pharyngiens est évidemment antérieure à 1848 (1), nul ne saurait nier que M. Nélaton n'ait doté le premier la chirurgie d'un procédé méthodique et régulier. Le seul reproche qu'on pourrait adresser à notre éminent confrère, serait de n'avoir pas songé, dans les leçons importantes qu'il a faites à ce sujet, à rappeler les tentatives intéressantes entreprises avant lui dans la même voie.

Mais je quitte l'argumentation historique pour me renfermer dans l'appréciation clinique. Il s'en faut de beaucoup que nous ayons des détails suffisants sur les douze opérations qui, disais-je plus haut, sont arrivées à ma connaissance.

Je ne connais que par ouï-dire les faits de M. Jarjavay. J'espère que ce chirurgien voudra bien nous éclairer lui-même sur l'issue du traitement.

J'ai opéré moi-même un malade dans le service de M. Robert ; je ne sais ce qu'il est devenu. Il a très-bien supporté les suites de l'opération, mais je ne puis rien dire de la persistance de la cure. M. Robert pourra sans doute nous renseigner, ainsi que sur le ma-

---

(1) En 1799 ou 1800, un chirurgien étranger, Fritze de Herborn, fendit également la muqueuse palatine, distendue par le lobe d'un polype fibreux. Celui-ci, mis à découvert, fut détruit par le cautère actuel, introduit à diverses reprises par la voie artificielle palatine. (*Journal de Loder*, année 1800.)

lade qu'il a opéré récemment avec succès. Cet homme, toutefois, ayant quitté l'hôpital au bout de cinq ou six jours, on ne peut proclamer la guérison. Ce fait ne peut donc pas servir encore à la grande question de la récidive.

M. Legouest, enfin, voudra bien nous donner quelques nouvelles de son opéré, si cela lui est possible.

Je vais donc me contenter d'énumérer une série d'observations appartenant à M. Nélaton et à M. Ad. Richard. Ces cas sont d'ailleurs d'autant plus susceptibles d'être rapprochés, que, l'élève s'étant scrupuleusement conformé aux préceptes du maître, la cure a toujours été dirigée de la même manière; toujours elle a consisté dans la création d'une voie préliminaire créée à l'intérieur de la bouche aux dépens du voile du palais et de la voûte palatine, puis dans une extirpation incomplète du polype suivie de cautérisations réitérées sur les débris du pédicule ou sur le lieu qu'il occupait.

Or voici ce que révèle l'examen attentif des observations : sur six opérés, deux sont morts, les nommés Fosson et Leprêtre. M. Robert a commis une légère inexactitude en tirant de ces deux faits un argument contre la cautérisation consécutive, car les deux malades qui ont succombé n'ont précisément pas été soumis à cette méthode; ils sont morts d'infection putride peu de temps après les premières phases de l'opération, parce que les restes du polype sont devenus le siége de sphacèle partiel, et que des fluides infects se sont écoulés dans les voies digestives et ont amené un véritable empoisonnement. Si j'absous la cautérisation, je ne puis m'empêcher d'attribuer l'issue funeste aux extirpations incomplètes, que déjà dans mon rapport j'ai présentées comme extrêmement nuisibles et très-capables d'entraîner les plus graves dangers.

Restent quatre faits pour proclamer l'efficacité de la méthode et pour démontrer qu'elle doit remplacer toutes les autres.

Dans le premier, la guérison n'est pas douteuse. L'opération a été pratiquée en décembre 1848. Plusieurs années après, il n'y avait pas eu de récidive. (*Obs. d'Eugerer*, thèse de M. Botrel, p. 62.)

Dans deux observations qui sont données comme des exemples de guérison, je ne trouve pas que les malades aient été suivis assez longtemps pour que toutes les chances de récidive soient absolument éteintes. Ainsi L... (dix-neuf ans), opéré le 13 mars 1854, fut cautérisé jusqu'à la fin de juin; il sortit de l'hôpital dans les premiers jours de juillet, et l'on n'a pas de nouvelles ultérieures.

Un étudiant en pharmacie fut opéré le 23 mai 1856. On le cauté-

risa environ quatre mois ; nous n'avons pas de nouvelles de lui depuis les dernières cautérisations.

Il est clair que jusqu'à plus ample informé, on ne peut considérer ces observations écourtées comme des preuves de guérison radicale. Ce qui d'ailleurs doit rendre très-circonspect en ce qui touche la solidité de la cure, c'est l'observation de L. Rondcnay, étudiant en médecine.

Il fut opéré en janvier 1853 ; le traitement dura jusqu'au 15 août. La guérison n'était pas démentie au milieu de 1854, et on pouvait chanter victoire. Mais dix-huit mois après la première opération la récidive se montra, et plusieurs mois de cautérisations nouvelles furent nécessaires pour obtenir une seconde guérison radicale, qui, nous l'espérons, cette fois sera complète.

Entre les mains du promoteur lui-même, la résection de la voûte palatine a donc donné les résultats suivants : Sur six cas, deux morts ; deux résultats incomplets, la récidive étant aussi probable que la guérison ; une guérison incontestable ; puis une autre presque certaine, mais annoncée prématurément une première fois.

Après M. Nélaton, c'est M. A. Richard qui a eu le plus souvent occasion d'imiter la conduite du maître. Je connais trois opérations de notre collègue : deux furent pratiquées par le procédé pur, c'est-à-dire la division du voile du palais, combinée à la résection osseuse.

Dans un troisième cas, et pour des raisons que je dirai plus loin, le voile membraneux fut respecté, et le plafond osseux de la bouche fut seul perforé.

Les résultats ne sont pas beaucoup plus brillants.

Un jeune homme de dix-huit ans, de province, fut opéré en 1854. On incisa avec des ciseaux courbes la plus grande partie de la tumeur ; on ne fit pas de cautérisation, parce que le malade fut envoyé en convalescence ; quelques jours après sa sortie, il fut pris de variole confluente, entra à l'Hôtel-Dieu chez M. Grisolle et succomba. Je ne porte pas ce cas de mort au compte de l'opération, bien entendu. Je veux seulement dire que l'opération n'ayant pas été achevée, on ignore si la guérison eût été obtenue.

Dans un autre cas, l'opération resta incomplète, et pour une autre cause.

Gabriel G... avait un énorme polype naso-pharyngien ; pendant dix-huit mois on fit après l'opération préliminaire des cautérisations très-nombreuses à la pâte de zinc et des ligatures partielles. On employa la galvano-caustique, etc. Il fut impossible de se rendre maître

de la tumeur, parce que le moindre contact en faisait jaillir du sang, et qu'elle repoussait avec une extrême rapidité.

« Ces opérations successives, dit le rédacteur de l'observation, n'ont en somme pu que prolonger la vie. »

Dans le troisième cas, M. Ad. Richard fut plus heureux. Un jeune homme de Mamers fut opéré en 1856. La voûte palatine est perforée, la tumeur seulement ébarbée avec les ciseaux; puis, après quatre ou cinq cautérisations énergiques avec le chlorure de zinc, le malade sort guéri. Nous n'avons pas de nouvelles ultérieures. Il nous faudra de nouveaux renseignements pour proclamer une guérison définitive.

J'extrais ces résultats de la pratique de M. Richard d'une thèse soutenue à la Faculté par M. J. H. Beuf (*Des polypes fibreux de la base du crâne, et de leur traitement par la résection de la voûte palatine.* Paris, 7 mai 1857, nº 69).

L'imperfection des observations est poussée ici au maximum; par bonheur, notre collègue, j'en suis convaincu, se fera un plaisir et un devoir de compléter ces résumés trop concis, comparés à l'ablation totale du maxillaire supérieur. Le procédé de M. Nélaton semble, au premier abord, infiniment moins grave (je ne dis rien des difficultés d'exécution, circonstance secondaire qui ne regarde que l'opérateur); cependant les accidents intercurrents, inhérents, dirai-je, à l'opération, sont à peu près les mêmes. L'hémorrhagie est toujours considérable dans l'amputation de la mâchoire, mais elle ne fait pas défaut dans les opérations qu'on pratique sur la voûte palatine.

Je me rappelle avoir fait une uranoplastie en décollant la muqueuse palatine des os sus-jacents, et je fus surpris de la grande quantité de sang que perdit la malade.

Je pourrais rappeler qu'après avoir fait seulement la boutonnière staphyline et une excision incomplète, M. Foucher vit son malade exsangue, pâle, titubant, dans un état syncopal. L'opéré de M. Michaux, dont l'observation est rapportée dans l'intéressant mémoire qu'il nous a récemment envoyé, l'opéré, dis-je, après avoir subi la résection palatine et l'extirpation partielle du polype, tomba dans un état de faiblesse si alarmant, qu'on jugea urgent de procéder séance tenante à la transfusion; c'est assez dire que le sang n'est pas plus ménagé par cette voie que par les autres.

M. Nélaton n'a pas eu beaucoup à se plaindre de cet accident. Cependant, chez Fosson, l'hémorrhagie a été assez forte; elle se prolongea assez longtemps après l'opération. Le soir, le malade était pâle et très-faible. Dans les autres cas, la perte de sang ne paraît pas avoir été

considérable. M. Richard, au contraire, redoute l'hémorrhagie. L'un de ses malades perdit assez de sang pendant l'opération *pour inspirer les plus vives inquiétudes*. C'est à l'hémorrhagie qu'il faudrait rapporter l'insuccès chez Gabriel G... Aussi M. Richard, pour parer à cette redoutable éventualité, a-t-il proposé de substituer au procédé de son maître la simple perforation palatine, et confie-t-il presque exclusivement aux caustiques la destruction ultérieure du fibrome.

En général, la cure n'a été traversée que par de rares et légers accidents. Toutefois nous noterons, dans l'observation d'Eugerer, une péricardite à la vérité un peu problématique (1). Dans celle de Lubin Rondenay une angine assez intense, avec tuméfaction derrière la mâchoire, une douleur sous-orbitaire, qui empêche le malade de fermer l'œil. De plus, pendant plus de vingt jours, des accès quotidiens, qui débutent par un frisson très-long. Enfin, dans celle de Loir, une otite purulente.

J'ai examiné les opérations de MM. Nélaton et Richard au double point de vue de l'efficacité et de la gravité; je veux examiner un autre point, c'est-à-dire la durée du traitement.

Six cas seulement s'offrent à l'examen critique, sous ce rapport.

Dans deux cas, la durée est indéterminée, puisque les observations cessent à une époque où le traitement n'était pas encore terminé.

1° Loir (Adolphe) fut opéré le 13 mars. Le 13 juin, c'est-à-dire trois mois après, on cautérisait encore avec la pâte de Canquoin et la pierre infernale. Pas de nouvelles ultérieures. (Nélaton, thèse de M. d'Ornellas, p. 55.)

2° Gabriel G.... fut soumis pendant dix-huit mois à diverses opérations chirurgicales; cautérisations très-nombreuses à la pâte de zinc, ligatures partielles, emploi du galvano-cautère. Il fut impossible de se rendre maître de la tumeur. Ces opérations successives n'ont pu, en somme, que lui prolonger la vie.

Les quatre malades, à la guérison desquels je ne demande pas mieux que de croire, furent longtemps soumis à l'intervention chirurgicale.

3° Eugerer, le fleuron de la couronne, est opéré le 27 décembre 1848; dernière cautérisation le 11 février. Les suites de la staphy-

(1) Commencée le 31 décembre, elle était terminée le 3 janvier, et encore, le 1er, le pouls était *ordinaire, à peine fréquent, bruits du cœur réguliers!* Je crois plutôt, pour ma part, à une pleurodynie, chez un opéré affaibli qui avait la *pâleur chlorotique* et le *souffle carotidien*.

loraphie consécutive ne sont terminées que vers le commencement d'avril. Le traitement a donc duré plus de trois mois. (Nélaton, thèse de Botrel, p. 62.)

4° L.., étudiant en pharmacie, est opéré le 23 mai ; le 16 juin, le malade sort de l'hôpital, mais il vient tous les jours de consultation se faire cautériser. Les attouchements à l'acide azotique et au caustique de zinc ont été continués trois mois. La guérison exigea donc environ quatre mois. (Nélaton, thèse de Beuf, p. 40.)

5° Jeune homme de Mamers, opéré dans les vacances de 1856, sort guéri après trois mois de traitement. (Richard, thèse de Beuf, p. 33.)

6° L. Rondenay, opéré le 14 ou le 16 janvier 1853. Le traitement par la cautérisation est continué jusqu'au 15 août, c'est-à-dire pendant sept mois. L'année suivante la guérison ne s'était pas démentie. Cependant arrive la récidive ; on cautérise de nouveau pendant plusieurs mois, sans résultat complet.

M. Richard ayant reconnu exactement le point malade, fait encore quatre ou cinq cautérisations avec le caustique de Vienne. On ne dit pas combien cela exigea de temps ; mais, en résumé, le traitement, commencé avec l'année 1853, n'était guère fini qu'avec l'année 1855 ; trois ans par conséquent.

Lorsqu'on examine exactement les faits sous tous les points de vue, on arrive à en tirer de précieux renseignements. Sans songer un seul instant à blâmer la conduite qui a été suivie par les honorables collègues que j'argumente, je vais voir si les neuf observations précitées infirment ou confirment les conclusions de mon rapport. Or, je crois qu'elles me donnent complétement raison, et je vais chercher à le prouver.

J'ai dit que lorsque les polypes étaient volumineux, lorsqu'ils avaient profondément détruit le squelette intérieur et venaient faire saillie jusqu'à la surface du visage, il fallait préférer les opérations prodigues aux opérations préliminaires parcimonieuses.

Les tumeurs dont étaient affectés Fosson, Leprêtre et Gabriel G., étaient dans les conditions qui à mon avis exigent la résection complète ou du moins très-large du squelette nasal et maxillaire ; la résection palatine fut préférée. Les deux premiers succombèrent ; dix-huit mois de tentatives réitérées ne purent que prolonger la vie du troisième. L'ablation du maxillaire n'aurait pas pu se montrer plus désastreuse.

Au contraire, chez Eugerer, le polype était d'un volume médiocre. Chez Rondenay, le lobe pharyngien était du volume d'un œuf de

pigeon. Chez Loir, le jeune homme de Mamers et le jeune homme de province de dix-huit ans, les polypes n'occupaient que les cavités nasales et pharyngiennes, et n'avaient point déformé le visage. Sans doute ils n'envoyaient pas de prolongements dans la fosse zygomatique et dans les sinus, sans doute ils n'avaient que des insertions d'une étendue médiocre, aussi la résection de la voûte palatine fut-elle couronnée de succès au moins primitif.

J'irai même plus loin, et dans un cas de M. Nélaton j'aurais peut-être été encore plus économe que lui, malgré la répugnance que j'ai montrée dans toute cette discussion pour une parcimonie que je crois funeste.

Voici le fait. (Thèse de M. Beuf, p. 40.)

Un étudiant en pharmacie, âgé de dix-sept ans, vient consulter M. Nélaton pour un polype naso-pharyngien. Le lobe nasal est encore à un centimètre de la narine; il ne remplit pas complétement la fosse nasale et n'adhère nulle part à ses parois. Il refoule à la vérité le voile du palais, mais on reconnaît par le toucher que la moitié postérieure de l'apophyse basilaire est libre et que le pédicule ne s'insère que sur la partie la plus élevée de cette apophyse. Les mouvements imprimés au lobe nasal sont transmis à la tumeur palatine et réciproquement. Ce mode d'exploration fait supposer que le pédicule est étroit; il n'y a ni exorbitis, ni compression du canal nasal, ni aucune déformation de la face.

Voici donc un cas très-simple, un polype peu volumineux se prêtant facilement à toutes les méthodes d'extirpation; l'incision simple du voile du palais, qui découvre très-bien la paroi supérieure du pharynx, eût été sans doute suffisante. On résèque la voûte palatine, et l'on constate en effet que le pédicule était étroit. Après un premier essai d'arrachement resté infructueux, le chirurgien, avec un doigt introduit dans la narine, engage le pédicule entre les mors d'une pince introduite par la bouche. Un mouvement de torsion est exécuté, et la *tumeur est arrachée en totalité.*

Deux jours après, les lambeaux de la voûte palatine sont réunis; la division du voile du palais persiste. On voit cependant une petite tumeur grisâtre, *qui est sans doute un reste du pédicule;* il paraîtrait d'après cela que la tumeur n'aurait pas été arrachée en totalité, comme on le croyait l'avant-veille. Quoi qu'il en soit, on ne désunit pas les bords de la perforation palatine, parce que l'écartement des lèvres du voile du palais *laisse une voie assez large pour la cautérisa-*

tion du pédicule : d'où je conclus que la résection de la voûte était loin d'être indispensable.

Ce qui paraît démontrer que l'arrachement n'avait été rien moins que complet, c'est qu'on continua pendant trois mois et demi à cautériser cette petite tumeur grisâtre, qui était sans doute un reste du pédicule.

Pour ma part, j'aurais besoin d'être éclairé davantage sur cette observation avant d'admettre que l'ouverture palatine et les trois mois et demi de cautérisation aient été très-nécessaires.

Je disais dans mon rapport qu'aucune méthode et à plus forte raison qu'aucun procédé ne pouvaient prétendre à remplacer tous les autres; en d'autres termes, j'avançais qu'il fallait être éclectique, et utiliser suivant les cas les ressources pathologiques. Les neuf cas de résection de la voûte que je viens d'analyser justifient pleinement mon opinion, puisque la voie palatine s'est montrée trois fois insuffisante, une fois superflue, cinq fois seulement susceptible de mener à bien, avec le temps, une cure toujours difficile.

M. Nélaton, en clinicien consommé, n'a pas méconnu, sinon pour l'opération préliminaire, du moins pour l'opération fondamentale, la destruction du polype, l'utilité de l'association des méthodes d'exérèse. Il a souvent, en effet, combiné l'incision et l'arrachement avec la cautérisation : Fosson, Leprêtre, n'ont subi que la section partielle du polype. Chez Loir, on est revenu jusqu'à huit fois à l'excision; puis, deux mois et demi après le commencement du traitement, on a décollé avec une spatule, puis enlevé avec la pince un fragment de polype un peu plus gros qu'une noix (d'Ornellas, pages 54 et 55), le tout sans préjudice des cautérisations, et de même dans les autres cas.

Sous ce rapport, M. Richard s'est montré plus exclusif que son maître, car il restreint le plus possible la part de l'excision, et s'en rapporterait presque exclusivement à la cautérisation pour détruire le parasite. C'est ce qui avait déjà réussi à Ansiaux (de Liége), dès l'année 1812, à la faveur de l'incision simple du voile du palais.

J'approuve très-catégoriquement, pour ma part, cette association intelligente des ressources de l'art. Mais, précisément en raison de la variété des moyens employés, il ne me semble pas possible de considérer, à l'exemple d'élèves dévoués, comme constituant une *méthode* particulière et nouvelle, la série des opérations pratiquées par l'habile chirurgien de la Clinique. Il y a bien longtemps déjà que les opérations préliminaires ont servi à faciliter l'excision, la cautérisation et

l'arrachement. Depuis le commencement de ce siècle, le procédé palatin de la voie buccale a servi à la cautérisation répétée entre les mains de Fritze (de Herborn); Brulatour, Dupuytren, agirent d'une manière analogue en employant l'arrachement. Adelmann (de Dorpat), par le même chemin, associa à l'excision les cautérisations journalières avec le nitrate d'argent, etc., etc. Si l'inflexible histoire au jour présent dépouille M. Nélaton de ses droits à la priorité, dans l'avenir elle consacrera également les droits de ce chirurgien à la réhabilitation d'un procédé et d'une manière de faire qui peuvent avoir leur utilité.

Pour aujourd'hui, je m'arrête ici; mais pour établir une comparaison, que je crois d'ailleurs possible, entre la résection de la voûte palatine et la résection totale du maxillaire, il faudrait soumettre à la même critique sévère et impartiale les faits qui se rapportent à ce dernier expédient : c'est ce que je suis prêt à faire, si la Société en manifeste le désir et y trouve quelque intérêt.

M. LEGOUEST, à la demande de M. Verneuil, rappelle quelques particularités concernant le malade qu'il a opéré d'un polype naso-pharyngien par la résection de la voûte palatine, suivie de la cautérisation. L'opération fut longue et laborieuse ; le polype s'implantait par un pédicule tellement large qu'il fut impossible de reconnaître ses véritables insertions.

Les cautérisations avec l'acide hydrochlorique fumant furent continuées sans succès et avec beaucoup de difficultés pendant trois mois environ.

Le malade sortit du Val-de-Grâce, affaibli par la longueur et la rigueur du traitement. Il n'était pas guéri, et M. Legouest présume qu'il reviendra sous peu réclamer les secours de la chirurgie.

M. JARJAVAY communique à son tour, sur l'invitation de M. Verneuil, l'observation inédite de l'ablation d'un polype naso-pharyngien qu'il a faite en 1853. Un jeune homme de 18 à 19 ans avait un polype naso-pharyngien qui avait usé et détruit une partie de la voûte osseuse palatine, en respectant le voile du palais.

M. Jarjavay fit une simple incision médiane, cassa avec une spatule les bords amincis de la division osseuse, et reconnut par cette voie que le polype s'implantait sur l'apophyse basilaire. Il tenta de couper le pédicule soit avec un petit couteau très-solide, soit avec de forts ciseaux : après trois quarts d'heure de tentatives inutiles, il fut obligé d'y renoncer et se résigna à enlever le polype par morceaux. Il put

alors constater avec le doigt l'irrégularité de la surface des sections successives.

M. Jarjavay se proposait de détruire le reste du polype par la galvano-caustique, lorsque quatre jours après l'opération le malade s'échappa sans qu'on ait jamais pu le retrouver.

M. VERNEUIL fait remarquer incidemment que c'est le troisième malade ayant subi une opération préliminaire à voie étroite qui se soit soustrait par la fuite aux opérations ultérieures. Il réclame avec instance de M. Richard, qui a opéré plusieurs polypes par la voie palatine, les mêmes renseignements que viennent de donner sur les résultats de leurs opérations MM. Legouest et Jarjavay.

M. RICHARD désire rester personnellement étranger à ce débat, dans l'intérêt même du sujet important de pratique chirurgicale sur lequel M. Verneuil l'a provoqué. M. Verneuil a usé de son droit en argumentant ce qui dans les observations de M. Richard a jusqu'ici été publié.

Sept polypes naso-pharyngiens ont été traités par lui (1), sans compter un des malades de M. Nélaton (2) qu'il a longtemps traité. Malgré cela, M. Richard est loin d'être fixé sur tous les points de cette délicate opération : de plus il a besoin de revoir certains opérés. Bien qu'il ait une certaine expérience du sujet traité un peu prématurément par M. Verneuil, il n'est pas encore prêt, et se juge hors d'état de satisfaire l'impatience de notre collègue. Il arrivera plus tard, armé de faits nombreux, bien suivis, concluants, et il cherchera à faire partager à la Société sa profonde conviction que le procédé palatin est le seul capable d'amener une guérison dont on puisse répondre pour l'avenir.

M. Verneuil, dans son travail plein d'utilité et de mérite, a suivi

(1) 1° Sujet de l'hôpital Saint-Antoine : sort après une seule séance ; meurt de variole à l'Hôtel-Dieu.

2° Girardot.

3° Jeune homme de Mamers.

4° Mme H..., 50 ans : sera montrée à la Société.

5° Enfant mâle de 5 à 6 ans (Dr Vanier) : meurt sans qu'on y ait touché.

6° Cuirassier de 22 ou 23 ans (Clinique) : commencé par M. Nélaton ; en voie d'opération par M. Richard.

7° Jeune homme de 14 ans, L. Louzy.

(2) Rondenay.

une autre voie : qu'il veuille bien permettre à M. Richard d'être utile à son moment et à sa manière.

M. GIRALDÈS admet que, tandis que certains points de l'histoire des polypes naso-pharyngiens nous sont connus, d'autres nous échappent encore.

C'est ainsi que leur lieu d'implantation n'est pas précisé, qu'il est fixe pour certains chirurgiens, variable pour d'autres, et qu'il est impossible d'enlever certains d'entre eux sans faire l'ablation du maxillaire supérieur : ceux qu'ont décrits MM. Robert et Gosselin, et ceux qui se développent dans l'antre d'Hyghmore, sont de ce nombre.

M. Verneuil a nié la possibilité du développement des polypes fibreux sur la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire. Il est vrai que tous les polypes que M. Robert a eu la complaisance de soumettre à l'examen de M. Giraldès étaient en dehors du sinus ; mais cependant M. Giraldès a rencontré un polype fibreux dans cette cavité ; si la chose est rare, elle lui paraît très-possible, puisqu'on trouve dans le sinus des enchondromes et des productions osseuses.

M. Verneuil n'a pas tiré un assez bon parti de l'observation de Manne à l'appui de la thèse qu'il soutient. Cette observation prouve, en effet, qu'il eût été préférable d'enlever le maxillaire supérieur que de se borner à inciser le voile du palais. L'observation de M. Prescott-Hevett, de M. Butcher (de Dublin), et la sienne propre, eussent encore fourni des arguments en faveur de cette opération.

M. VERNEUIL n'a pas absolument nié la possibilité du développement de polypes dans le sinus maxillaire ; il s'est borné à dire que les observations qui rapportent ces faits ne sont pas péremptoires.

Il n'a invoqué particulièrement aucune observation ancienne en faveur de son opinion sur la préférence à donner à telle ou telle méthode, en raison des imperfections de la plupart de ces observations.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 9 mai 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Maurice Perrin, récemment élu membre correspondant national, adresse une lettre de remercîment à la Société.

— M. le docteur Béraud se porte candidat à la place de membre titulaire qui a été récemment déclarée vacante.

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Pauthier, d'un mémoire intitulé *La médecine, la chirurgie et les établissements de l'assistance publique en Chine*. Paris, 1860; in-8°.

— La Société a reçu, en outre, le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille* (avril 1860).

— M. LEGOUEST a reçu de M. Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon, et membre correspondant de la Société, une observation de *tétanos traumatique traité sans succès par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine*. Il donne lecture de cette observation.

Mme G..., âgée de vingt-cinq ans, d'une très-bonne constitution, habite Saint-Jean-de-Bournay (Isère).

Cette dame a fait, le 15 avril dernier, une chute dans laquelle elle a eu la jambe droite fracturée. Un appareil a été appliqué immédiatement, et pendant les premiers jours les choses ont semblé marcher assez convenablement.

D'après les renseignements qui m'ont été communiqués, des contractions énergiques se sont manifestées dans la jambe malade le 21, six jours après l'accident.

Le 22 avril, les mouvements de la mâchoire deviennent difficiles. A la fin de la journée le trismus est caractérisé; on se décide le lendemain à conduire la malade à Lyon. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 10, dans la soirée. A six heures du soir, je puis constater l'état suivant :

Le visage est contracté, les lèvres se remuent difficilement, les mâchoires sont fortement serrées; une pression énergique ne peut abaisser la mâchoire inférieure de plus d'un demi-centimètre.

La tête est renversée en arrière; les muscles de la nuque, les sterno-mastoïdiens sont tendus. J'essaye de fléchir la tête en passant ma main derrière l'occipital; le cou fait l'office d'une tige inflexible, et mes efforts soulèvent les épaules et le tronc.

La déglutition est très-difficile. La sœur du service essaye de glisser entre les dents, avec une cuiller, quelques gouttes de tisane; celle-ci est rejetée avec menace de suffocation.

Les mouvements du membre inférieur gauche s'exécutent avec la plus entière liberté; le membre droit est retenu en place par l'appareil; les muscles de la cuisse ne paraissent pas contractés.

De temps en temps un soubresaut, comme une secousse électri-

que, se fait sentir dans la jambe fracturée, se répète dans les muscles de la nuque et de la mâchoire, et arrache un cri à la malade.

L'intelligence est intacte.

Le pouls est à 105, petit.

La respiration s'exécute assez bien.

Du côté de la jambe existent les lésions suivantes, que je puis décrire avec précision ; car, ainsi que le montrera la suite de l'observation, il m'a été permis de disséquer les parties :

Les deux os de la jambe sont fracturés ; le tibia a été cassé tout à fait à son extrémité inférieure ; la malléole interne a été détachée à sa base; le fragment, c'est-à-dire l'extrémité articulaire du tibia, fait une saillie de trois centimètres environ, à travers les téguments, qui ont été largement déchirés à la partie interne.

L'articulation tibio-tarsienne est donc ouverte, elle est remplie d'un pus sanieux et teint de sang.

Le péroné est rompu à huit centimètres environ de son extrémité inférieure ; la fracture est très-oblique, les deux fragments ont déchiré la chair dans une grande étendue.

Du côté interne du membre, on aperçoit au fond de la plaie le tendon du jambier postérieur, dont la gaîne a été largement déchirée.

Le tissu cellulaire est infiltré d'un pus brunâtre.

De la plaie s'exhale une odeur de gangrène commençante.

Rien à noter du côté du nerf et de l'artère tibiale postérieure.

En face de lésions aussi graves, la première indication que je crus devoir remplir a été l'amputation du membre. J'ai été conduit à la pratiquer, il me paraît bon de le noter en passant, par l'unique considération des désordres que je viens de décrire, et nullement par la pensée de modifier l'affection tétanique. Je pense, comme la presque universalité des chirurgiens, que le précepte formulé par Larrey doit être rejeté de la pratique.

Au moment de pratiquer l'opération, j'apprends que la malade est enceinte de deux mois et demi ; je passe outre néanmoins, et je pratique à huit heures du soir l'amputation au lieu d'élection, en suivant le procédé de M. le professeur Sédillot (amputation à lambeau latéral externe).

La malade a été soumise aux inhalations de chloroforme. Il n'est pas hors de propos de faire remarquer que j'ai depuis longtemps renoncé à faire usage de cet agent anesthésique dans ma pratique chirurgicale. Comme tous mes collègues de Lyon, je préfère l'éther ; dans ce cas particulier, j'ai eu recours au chloroforme parce que je

désirais obtenir une action plus rapide, et parce que j'ai eu l'occasion de constater expérimentalement une tolérance singulière des tétaniques pour cet agent. J'ai pu tenir endormi pendant dix-huit heures consécutives, sans succès il est vrai, mais aussi sans accident, un malade atteint de tétanos.

L'opération n'a rien présenté de particulier ; une fois le pansement terminé, la malade a été reportée dans son lit. A ce moment, et avant que le réveil ait été complet, le trismus et l'opisthotonos avaient un peu cédé ; j'en ai profité pour commencer l'administration d'une potion avec 1 gramme d'extrait gommeux d'opium.

Le 24, à la visite du matin, la malade a pris les trois quarts de sa potion, soit 75 centigrammes d'opium. Le tétanos ne s'est pas aggravé, mais la situation est à peu près la même que la veille ; des secousses excessivement douloureuses se font sentir à la fois dans le membre amputé et dans les muscles de la nuque et de la mâchoire. Le pouls est petit, à 110.

L'intelligence est toujours nette.

La peau est couverte de sueur.

A ce moment, j'apprends le résultat remarquable que M. le docteur Dupuy avait obtenu dans un cas de tétanos traumatique au moyen des injections sous-cutanées d'atropine, et aussi le cas de guérison communiqué quelques jours auparavant à la Société de chirurgie de Paris. Je me décide à employer cette nouvelle méthode de traitement, et je pratique à neuf heures du matin, dans le tissu cellulaire de la partie latérale gauche et postérieure du cou, une injection de 18 gouttes de la solution à 1/100e. Je me sers, bien entendu, de la seringue Pravaz.

Cinq ou six minutes après, la malade accuse un sentiment de sécheresse à la gorge. Les pupilles ne tardent pas à se dilater. Dix minutes après l'injection, la malade tombe dans un profond sommeil.

Je constate alors un relâchement marqué dans les muscles de la mâchoire, qui se laisse abaisser de 3 centimètres environ sous une pression médiocre. La tête n'est plus renversée en arrière ; elle s'incline même, légèrement entraînée par son poids, du côté gauche.

Cet état persiste trois heures environ.

A midi, quelqu'un s'étant approché du lit de la malade et ayant voulu explorer le pouls, celle-ci se réveille en sursaut, pousse un cri, et les contractions tétaniques se reproduisent aussitôt.

A cinq heures du soir, l'état s'est sensiblement aggravé : le tris-

mus et l'opisthotonos, les soubresauts, présentent une intensité plus grande que la veille.

Le pouls est petit, très-fréquent, à 140. La respiration devient anxieuse, diaphragmatique ; les parois abdominales sont assez fortement soulevées à chaque inspiration.

L'intelligence est toujours intacte.

La dilatation des pupilles est le seul effet de l'injection qui persiste.

Je pratique une nouvelle injection du côté droit ; cette fois je pousse 32 gouttes de la même solution à 1/100e.

Les symptômes d'intoxication se manifestent de nouveau assez rapidement, mais le sommeil ne persiste pas aussi longtemps que le matin.

A neuf heures du soir, j'apprends qu'à six heures les secousses tétaniques s'étaient reproduites plus fréquentes et plus douloureuses que jamais.

Tous les muscles du cou sont tendus, durs ; la mâchoire est fortement serrée ; la respiration est anxieuse ; le corps inondé de sueur ; le pouls présente une fréquence inouïe : il est très-petit, je puis compter 180 pulsations.

L'intelligence est toujours nette.

La mort me paraît imminente, un nouvel effort inutile ; effectivement, une heure après cette infortunée rendait le dernier soupir.

Malgré les démarches que j'ai faites, il m'a été impossible de pratiquer l'autopsie du sujet.

Je ne puis et ne veux tirer de ce fait aucune conclusion. Toutefois il doit nous engager à suspendre notre jugement sur la valeur des injections sous-cutanées d'atropine dans le traitement du tétanos. J'ajouterai que j'ai été entraîné à choisir cet agent thérapeutique par les deux cas de guérison que l'on venait d'obtenir. A l'avenir, à moins que des expériences nouvelles viennent m'éclairer, je me propose de faire l'injection avec une solution de morphine, ainsi que l'a fait Scanzoni dans un cas d'éclampsie.

Le motif de cette préférence est que l'observation clinique me semble avoir consacré la supériorité de l'opium sur tous les autres narcotiques dans le traitement du tétanos.

Plusieurs cas d'insuccès ont pu être expliqués par cette circonstance que l'opium a été retrouvé en partie dans les voies digestives, et n'avait par conséquent pas été absorbé.

Les recherches que j'ai faites à la hâte m'ont paru démontrer que

la morphine administrée par la méthode endermique réussissait plus sûrement que lorsqu'on l'administrait par l'estomac. La nouvelle méthode des injections sous-cutanées, en assurant la pénétration de l'agent médicamenteux dans l'organisme, nous permettra de juger mieux la valeur de l'opium dans le traitement de cette obscure et redoutable affection.

— M. le docteur Ernest Blavette fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse, intitulée *Du resserrement des mâchoires*, Paris, 1860 ; in-4°.

— M. le docteur E. Magitot fait hommage à la Société de son travail intitulé *Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire*. Paris, 1860 ; in-8° avec planches.

— M. Bouvier dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur G. Mirault, membre correspondant de la Société à Angers, un travail de ce dernier, intitulé *Du traitement de l'anévrysme externe par la compression indirecte* (Angers, 1860 ; in-8°). M. Bouvier donne une analyse sommaire de ce travail, où se trouvent rapportés deux nouveaux cas d'anévrysme traumatique du pli du coude guéris par la compression indirecte digitale. L'auteur pense que la compression indirecte digitale est appelée à devenir « *la méthode générale du traitement des anévrysmes* ».

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, M. Ch. Hardy, interne des hôpitaux, un travail intitulé *Mémoire sur les luxations cunéo-métatarsiennes du gros orteil* (Paris, 1860 ; in-8°). Ce mémoire renferme trois observations inédites sur cette luxation, fort rare et très-peu connue jusqu'ici.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

— M. Azam, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Bordeaux, adresse à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire manuscrit renfermant quatre observations et trois planches. Une commission, composée de MM. Giraldès, Morel-Lavallée et Verneuil, est chargée de faire un rapport sur le travail de M. Azam.

— M. Avrard (de la Rochelle), candidat au titre de membre correspondant, fait parvenir à la Société une tumeur cancroïdale du nez, qu'il a enlevée récemment. Il annonce qu'il enverra prochainement à la Société une observation complète de ce cas.

— M. Verneuil rend compte d'une lettre de M. Rampolla, dans laquelle ce chirurgien produit des documents destinés à établir ses

droits à la priorité du procédé lacrymal dans l'extraction des polypes naso-pharyngiens. Il y joint quelques propositions pour défendre ses opinions contre les critiques que M. Verneuil en a faites dans son rapport. Ce dernier demande qu'un résumé de la lettre de M. Rampolla soit prochainement inséré dans les *Bulletins*.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'amputation de la jambe après les luxations de l'astragale.

M. J. ROUX. L'importante communication de M. Chassaignac soulève plusieurs questions : la réduction de l'astragale luxé, sa résection, l'amputation que cette lésion peut nécessiter, etc. Il ne s'attachera qu'à la dernière.

M. J. Roux s'étonne que M. Chassaignac, un des représentants les plus autorisés de la chirurgie parisienne, s'arrête à l'amputation sus-malléolaire, et la conseille comme étant exigée par la nature de la lésion.

Dans les lésions traumatiques du pied, il faut faire une amputation dans le *pied* et non dans la *jambe*, à moins de conditions exceptionnelles qui n'existent pas ici.

Après les luxations de l'astragale, c'est dans l'articulation tibio-tarsienne qu'il faut porter l'opération *primitive*, *secondaire* même, dans la majorité des cas. Cette conduite satisfait au précepte d'amputer le plus loin possible du tronc, et donne au malade l'avantage inappréciable de marcher sur le moignon à l'aide d'une simple bottine, avantage que n'offriront jamais au même degré les membres artificiels les mieux faits, indispensables après l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles.

Cette opinion de M. Chassaignac semble impliquer le peu de faveur dont jouirait à Paris l'amputation tibio-tarsienne, malgré les opérations faites dans la capitale par Baudens, MM. Robert, Nélaton, etc. ; malgré les moignons que M. Roux a envoyés à la Société de chirurgie, et qui ont provoqué au sein de la Société des appréciations favorables de M. Marjolin et un rapport très-remarquable de M. Verneuil.

Dans la chirurgie de la marine, cela ne fait pas question ; l'amputation tibio-tarsienne a été faite si souvent avec tant d'innocuité et des résultats si parfaits, qu'on la préfère toujours à l'amputation sus-malléolaire quand la lésion le permet.

M. Roux a souvent pratiqué l'amputation tibio-tarsienne, et il en a fait connaître les suites heureuses à la Société.

Il n'a pas été le seul à obtenir des résultats avantageux ; ils ont été obtenus aussi à Brest, à Rochefort, comme à Toulon, par MM. Rey-

naud, actuellemont inspecteur général de la marine, Marcelin Duval, Arlaud, Pichaud, etc.

Dernièrement encore, M. Arlaud et lui ont pratiqué trois fois avec un plein succès la désarticulation tibio-tarsienne sur trois blessés de l'armée d'Italie.

Il a fait à la Société plusieurs communications écrites sur le sujet important qui l'occupe en ce moment ; il lui envoya le moignon d'un amputé mort trois ans après l'opération de fièvre typhoïde, le plâtre d'un autre opéré actuellement au bagne de Toulon, et que M. le docteur Debout déclarera certainement avoir examiné avec la plus grande satisfaction.

Il met sous les yeux de la Société la représentation en plâtre du moignon d'un autre condamné encore au bagne de Toulon. On appréciera le résultat parfait de cette opération faite par M. le docteur Arlaud.

Toutes ces désarticulations ont été faites dans les hôpitaux de la marine par son procédé *plantaire latéral interne*, que la Société de chirurgie, la presse médicale tout entière et ses collègues ont bien voulu accueillir avec quelque faveur.

L'amputation tibio-tarsienne doit donc, sans restriction aucune, être préférée à l'amputation sus-malléolaire.

Quand les efforts de tous tendent à accréditer dans la science et la pratique l'amputation tibio-tarsienne, après que la Société de chirurgie a fait tant de travaux pour elle, il prie M. Chassaignac de vouloir bien lui permettre de lui demander pourquoi dans la luxation de l'astragale, quand une amputation devient nécessaire, il dépossède l'amputation tibio-tarsienne dans la circonstance où elle est le mieux indiquée? A moins d'altérations traumatiques exceptionnelles attaquant trop fortement l'extrémité inférieure de la jambe : dans ce cas, l'opération serait imposée par la lésion de la jambe, et non par celle du pied.

M. CHASSAIGNAC n'a pas voulu repousser l'amputation tibio-tarsienne ; il doit dire cependant que dans un des faits dont il a rendu compte la malléole interne avait été arrachée, et que cette circonstance lui paraît devoir indiquer l'amputation, malgré l'avis contraire de M. Roux.

M. BROCA croit qu'il y aurait péril à laisser passer l'opinion émise par M. Chassaignac relativement à la nécessité de l'amputation dans les cas de luxation de l'astragale avec plaie ; il n'en veut pour preuve

que les chiffres fournis par la statistique sur les luxations et les extirpations de l'astragale.

Il a relevé 78 cas de luxation sans plaie ; de ce nombre, 19 ont pu être réduites, et 59 ont été irréductibles.

Dans les luxations irréductibles, l'arthrotomie a été pratiquée deux fois et suivie de deux guérisons.

L'extirpation immédiate faite deux fois a donné une guérison et un décès.

L'extirpation consécutive, pratiquée 25 fois, a donné 24 guérisons; elle a été suivie une fois de l'amputation de la jambe faite avec succès.

M. Broca a relevé 80 cas de luxations avec plaie.

La réduction a été obtenue 14 fois. — 9 malades ont guéri sans accidents; 2 malades ont guéri après l'extraction consécutive de l'astragale ; 3 malades sont morts.

La réduction a été impossible chez 68 blessés.

Deux sont morts promptement, sans avoir été soumis à une opération.

Cinq ont été amputés immédiatement et deux sont guéris.

L'extraction immédiate de l'os, pratiquée 57 fois, a donné 41 guérisons et 16 morts.

La tête de l'astragale s'est nécrosée 1 fois, et le malade a guéri.

La résection consécutive de la tête a été faite 2 fois, et a donné 2 guérisons.

La cicatrisation de la plaie, sur la saillie osseuse dénudée et non réduite, a été observée 1 fois, et compte 1 guérison.

Il résulte de cet exposé :

1° Que le total des luxations étudiées par M. Broca est de 160 ;

2° Que l'extirpation totale a été pratiquée 86 fois, et qu'elle a été suivie de mort 17 fois ;

3° Que l'extirpation immédiate, pratiquée 59 fois, a donné 17 morts.

4° Que l'extirpation consécutive, pratiquée 27 fois, a toujours été suivie de succès.

M. LARREY adresse à la Société, de la part de M. Cinisclli, chirurgien en chef, directeur de l'hôpital de Crémone, une observation de résection de la tête de l'humérus; l'observation est accompagnée de la pièce anatomique qui s'y rattache, et qui doit être déposée au musée du Val-de-Grâce, et de deux dessins par M. Chabert.

Un jeune soldat de vingt-six ans, blessé à la bataille de Solferino le 24 juin, d'un coup de feu à la partie moyenne du deltoïde, entra à

l'hôpital de Crémone. Le projectile, resté dans la plaie, ne fut pas recherché immédiatement.

Sept mois après l'accident, qui fut suivi d'inflammation vive, de suppuration et de tuméfaction de toute l'épaule, l'état fâcheux du malade engagea M. Ciniselli à mettre à découvert le trajet profond de la blessure.

La tête de l'humérus ayant été trouvée fracturée, fut réséquée avec une portion de la diaphyse de l'os, dans l'étendue de 96 millimètres.

« La portion réséquée de l'humérus présente un grand trou ellipti-
» que, au côté externe du col chirurgical ; ce trou se dirige en haut,
» traverse la tête de l'humérus dans son centre, et renferme dans la
» partie supérieure une balle conique, qui a fait éclater une grande
» esquille irrégulière, du sommet de la tête humérale. Au-dessous de
» l'ouverture d'entrée du projectile, on voit un séquestre long de
» 4 centimètres, et peu épais, retenu en place par un pont osseux de
» nouvelle formation. »

L'opération fut faite à lambeau supéro-externe : la guérison fut complète après deux mois de traitement.

— M. BAUCHET communique l'observation suivante de polype naso-pharyngien :

J'ai l'honneur de lire à la Société de chirurgie une note sur les opérations que peuvent réclamer les polypes naso-pharyngiens, et de lui communiquer une observation que j'ai recueillie dans mon service à l'hôpital du Midi pendant que je remplaçais M. Ricord.

Les polypes naso-pharyngiens ont surtout été étudiés avec soin depuis une dizaine d'années au plus. Ces polypes, fibreux, denses, résistants, ont surtout leur base d'implantation sur la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital, et souvent aussi ils ont des prolongements implantés sur les apophyses ptérygoïdes, et même à la face supérieure des fosses nasales.

Ces polypes se traduisent au chirurgien par des symptômes divers tirés de l'examen direct du pharynx et des fosses nasales, de l'exploration faite avec le doigt plongé dans le fond du pharynx, et à l'aide d'instruments divers portés par les fosses nasales, et enfin des désordres que ces tumeurs peuvent déterminer soit du côté de l'audition, soit du côté de la respiration, de la phonation et de la déglutition.

Je ne veux pas m'appesantir sur tous ces points, qui ont été plus particulièrement bien étudiés.

Les opérations que les polypes naso-pharyngiens peuvent réclamer

sont assez nombreuses ; les unes sont pratiquées directement sans *opération préliminaire ;* les autres, au contraire, exigent une véritable opération qui précède l'ablation du polype lui-même.

A cette première division vient s'en ajouter une autre non moins importante. Tandis que dans le premier cas l'opération préliminaire, si elle était pratiquée, n'avait pour but que de faciliter les manœuvres opératoires dirigées en vue de débarrasser les malades de leur polype, dans le second cas, le polype une fois extirpé, le chirurgien s'attaque à sa base d'implantation, et la détruit entièrement à l'aide de divers moyens, de différents caustiques.

On peut donc diviser les opérations en trois grandes classes :

1° Extirpation des polypes sans manœuvres préalables ou consécutives;

2° Opérations préliminaires;

3° Opérations consécutives.

La Société s'est déjà beaucoup occupée de ces diverses questions, et elle a réuni une masse assez imposante de matériaux pour qu'elle puisse bientôt poser les règles précises qui devront guider le chirurgien dans le choix de son opération ; je viens apporter ma petite part pour ce travail.

L'extirpation directe et complète des polypes naso-pharyngiens, soit à l'aide de la ligature, soit à l'aide de l'écrasement linéaire, est rarement praticable. Il faut, en effet, pour qu'on puisse avoir recours à cette opération, que le polype soit peu étendu, bien limité, nettement circonscrit et pédiculisé. L'arrachement, le broiement, sont encore des procédés bien plus infidèles : aussi, dans presque toutes les circonstances, le chirurgien doit-il se frayer un passage à travers les parties environnantes.

Ces opérations préliminaires portent tantôt sur le voile du palais (MM. Manne (d'Avignon), Maisonneuve, Huguier, etc.), tantôt sur la voûte palatine et le voile du palais (M. Nélaton), tantôt sur la racine du nez (M. Rampolla), tantôt enfin sur le maxillaire supérieur (MM. Michaux, de Louvain, Robert, Flaubert, de Rouen, etc.). Mais il n'est pas, il ne peut pas être indifférent de donner la préférence à telle ou telle méthode, de choisir, par exemple, l'opération de M. Nélaton, ou l'extirpation du maxillaire inférieur, ou toute autre voie, pour arriver sur le polype. Le chirurgien, avant tout, doit apprécier exactement la forme, le volume, la disposition de la production fibreuse, et songer aux soins consécutifs que pourra réclamer le polype. Il doit, s'il le faut, pratiquer son opération préliminaire de

façon à laisser une voie largement ouverte aux opérations consécutives. C'est dans ce but surtout que M. Nélaton avait imaginé l'opération qui consiste à exciser la voûte palatine.

Mais ces opérations consécutives, ces cautérisations, sont-elles d'absolue nécessité ?

M. Robert a prouvé, dans une communication intéressante qu'il a faite récemment à la Société de chirurgie, que ces polypes pouvaient rester guéris après leur simple extirpation. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Aussi je pense que l'extirpation simple, soit directement, soit après la division totale ou partielle du voile du palais, doit être réservée pour les polypes bien circonscrits et d'une consistance un peu molle, comme dans le cas que M. Huguier nous a communiqué récemment.

Quand, au contraire, le polype est volumineux, qu'il a envahi les deux fosses nasales, ou complétement l'une d'elles, que sa base d'implantation est étendue, que sa consistance est ferme, résistante, fibreuse, il vaut mieux dans ces circonstances ouvrir une large voie pour l'extirpation de la tumeur, voie par laquelle on pourra ultérieurement porter les caustiques s'il est nécessaire de détruire sa base d'implantation. Cette recommandation est surtout nettement indiquée quand la tumeur déjà enlevée une ou plusieurs fois a récidivé plus ou moins promptement.

Dans ces circonstances, l'opération de M. Nélaton offre sans doute de grands avantages, mais il est des cas pour lesquels il vaut mieux avoir recours à l'extirpation du maxillaire inférieur. Tel était, je crois, le fait dont voici la relation, recueillie par M. Touzé, externe de mon service, aujourd'hui interne à l'hôpital des Enfants malades.

M..., âgé de seize ans, entre le 1er mars 1859, salle 5, nº 2. Ce jeune homme a été opéré déjà deux fois : la première, le 7 janvier 1858 ; la seconde, en août de la même année, par MM. Salmon et Maunoury, de Chartres.

M. Salmon a extrait deux polypes fibreux : le plus gros présentait le volume d'un œuf de pigeon, et l'autre était un peu plus petit.

L'opération a consisté dans les deux cas dans la section du pédicule, d'ailleurs assez large, au moyen de l'écraseur linéaire, dont la chaîne avait été introduite par la narine gauche.

Mais d'autres polypes, moins volumineux, commençaient à obstruer la fosse nasale gauche, et prenaient racine dans un point où l'applica-

tion de la chaîne de l'écraseur était impossible. M. Salmon tenta alors, à plusieurs reprises, de les extraire par arrachement.

Tous ses efforts ne débarrassèrent pas le jeune garçon. Il entre à l'hôpital du Midi, où M. Bauchet constate, en examinant directement la face :

1° Que le nez est très-élargi, surtout à gauche ; les os propres du nez sont écartés, celui du côté gauche est déjeté considérablement en dehors.

2° Que la fosse canine est occupée par une saillie, un point bombé qui comble la dépression normale de cette région.

3° Que l'aile du nez, du côté gauche, est fort déjetée en dehors; que le nez proémine sensiblement du même côté ; que le sillon naso-labial a disparu.

L'œil, un peu rouge les jours précédents, a repris sa coloration normale ; il y a un peu d'œdème des paupières, et quelques petites croûtes occupent leur bord libre. Une légère exophthalmie existe à gauche. La narine du même côté est obstruée, et l'on aperçoit, par son ouverture, une petite tumeur rougeâtre, du volume d'une cerise, fongueuse, saignant facilement quand on cherche à l'explorer.

En examinant plus attentivement, on voit que la cloison des fosses nasales est déviée à droite. Et lorsqu'on veut introduire le doigt dans la narine, on peut refouler un peu la petite tumeur, dont il vient d'être question ; mais on est bientôt arrêté.

Si on tente l'exploration avec un stylet, on constate que la narine est libre d'avant en arrière ; on peut circonscrire la tumeur, passer entre sa partie interne et la cloison, sa partie inférieure et le plancher des fosses nasales ; mais à la partie externe, en remontant avec le stylet enfoncé profondément, on se sent arrêté par le pédicule de la tumeur.

En haut, la fosse nasale est tellement remplie par la tumeur, qu'il est impossible de se livrer à une exploration précise.

Lorsque le stylet est conduit d'avant en arrière, on constate que la tumeur est libre jusqu'au niveau de la portion osseuse des fosses nasales, où siége le pédicule.

Ces explorations, que le malade supporte bien du reste, déterminent un léger écoulement sanguin.

La bouche ouverte, on observe l'intégrité parfaite de la voûte palatine et de l'arcade dentaire. Le voile du palais est tendu et bombé.

Le doigt, porté directement sur cette saillie, fait reconnaître la présence d'une tumeur ayant au moins 2 centimètres d'étendue d'a-

vant en arrière, occupant transversalement presque toute la largeur du voile du palais, derrière lequel elle est placée.

Il y a cependant à droite un petit intervalle complétement libre.

La tumeur est résistante, de consistance fibreuse, caractères qu'on apprécie surtout en portant le doigt recourbé en crochet derrière le voile du palais ; en même temps on s'assure qu'elle remplit l'arrière-cavité des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx.

Le doigt peut passer entre elle et la face postérieure du pharynx, qui est libre de toute adhérence ; il peut de même passer entre elle et le voile du palais, et arriver jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales.

Si alors on introduit un stylet d'avant en arrière par la narine gauche, ce stylet vient rencontrer le doigt.

A droite, le doigt repousse facilement la tumeur à gauche et arrive aisément à l'orifice postérieur de la fosse nasale du même côté, qui est libre.

A gauche, au contraire, si l'on veut repousser la tumeur du côté opposé, on éprouve de la résistance, et le doigt ne peut pénétrer jusqu'à l'orifice postérieur de la fosse nasale du même côté.

Tout à fait en haut, sur l'apophyse basilaire de l'occipital, on rencontre des adhérences solides qui unissent la tumeur à la voûte du pharynx.

Le malade ne respire pas par le nez, mais si on l'engage à souffler, à se moucher, la bouche étant fermée, on remarque que l'air passe librement à droite, et seulement un peu du côté gauche. Il ronfle en dormant.

La mastication et la déglutition se font bien ; naturellement la voix est nasonnée et il y a un peu de surdité, surtout du côté gauche.

La santé générale est assez bonne; seulement le malade a été pris le 8 mars d'une bronchite légère, et en même temps de vomissements bilieux et de diarrhée. — Diète; trois demi-lavements laudanisés.

Opération. — Le 10 mars, tous les instruments étant bien préparés, le malade est amené à l'amphithéâtre et couché sur le dos, la tête légèrement élevée. On administre au jeune homme une petite quantité de chloroforme, afin d'émousser la sensibilité et de diminuer la douleur des premières incisions.

Une première incision, partant de l'angle interne du bord inférieur de l'orbite, longe l'arcade orbitaire et vient se terminer au niveau de la partie moyenne de l'os malaire ; une seconde incision, commençant au point de départ de la première, vient tomber à la partie supérieure

de l'aile gauche du nez, contourne cette aile du nez, passe au-dessous, arrive au niveau de la partie moyenne de la lèvre supérieure, et divise ensuite perpendiculairement cette lèvre. On a ainsi un lambeau quadrilatéral, qui est rapidement disséqué et relevé ; le nez est ensuite détaché du maxillaire supérieur. On procède immédiatement à l'extirpation du maxillaire supérieur gauche de la manière suivante : un trou est pratiqué, à l'aide d'un perforateur triangulaire, à la partie supérieure et interne de la fosse canine, au-dessous de l'arcade orbitaire, et vient pénétrer dans la fosse nasale ; la pince de Liston, dont une des branches est engagée par ce trou, divise promptement le maxillaire à ce niveau. Par le même trou, le perforateur est dirigé à travers le sinus maxillaire jusqu'au-dessous de l'os malaire, et une scie à chaîne passée par cette voie sépare le maxillaire de ce côté, en respectant le plancher de l'orbite. Enfin, une aiguille de Cowper, un peu forte et piquante, armée d'un gros fil, est glissée le long de la face inférieure de la narine gauche ; au moment où elle est arrivée au voile du palais, on lui fait traverser le voile membraneux : on dégage le fil, puis, le fil attiré par la bouche, on retire l'aiguille, en ayant soin que le fil reste engagé et par la fosse nasale et par la cavité buccale. Ce fil sert à conduire une scie à chaîne. La scie placée, une incision faite à la voûte palatine et dirigée de la partie moyenne du voile du palais vers la première petite molaire, prépare la voie de la scie ; la première petite molaire est arrachée, la voûte palatine est sciée. Alors une incision transversale, longeant le bord postérieur et gauche de la voûte palatine, détache le voile du palais. Il est facile, à l'aide d'un fort davier, d'enlever le maxillaire supérieur, ainsi séparé de ses points d'attache ; on enlève avec le maxillaire une portion du polype, qui avait pénétré dans le sinus maxillaire et remplissait sa cavité. Le doigt, porté alors sur le parasite, arrive aisément sur son implantation, et ses adhérences sont détachées avec de forts ciseaux. Toute la masse étant enlevée, on bourre la cavité avec des boulettes de charpie, et le lambeau est remis en place et réuni au nez et à la lèvre très-exactement et avec soin, à l'aide de points de suture séparés et de quelques points de suture entortillée pour la lèvre.

Le jeune homme a perdu pendant l'opération une quantité de sang assez considérable; il est pâle, mais bien revenu à lui au moment où on le transporte dans son lit.

La pièce pathologique est constituée par une production fibreuse; c'est un type de polype fibreux. Toute sa masse est presque égale au volume d'un œuf de dinde.

Les suites de l'opération furent des plus simples : on prescrivit au malade des bouillons, des potages et du vin sucré pendant les premiers jours.

Les points de suture furent enlevés à partir du troisième jour, et le cinquième jour la réunion était complète.

Les boulettes de charpie furent retirées dès le troisième jour, et l'on se borna à faire des injections trois fois par jour avec une décoction de quinquina.

Le malade quitta l'hôpital le 16 avril, et alla passer quelques semaines dans sa famille.

Il revient le 29 avril. A cette époque, M. Bauchet porte le doigt dans le pharynx, à travers l'ouverture résultant de l'ablation du maxillaire, et il sent une masse un peu dure au niveau de l'apophyse basilaire, et derrière l'apophyse ptérygoïde. M. Bauchet attaque cette production à l'aide des cautérisations, et donne la préférence au cautère électrique. Cinq cautérisations énergiques sont pratiquées, à huit jours d'intervalle entre chacune d'elles. Le malade sort de l'hôpital le 6 juin.

Il rentre de nouveau le 17 juin. Deux autres cautérisations sont faites, et M. Bauchet constate, trois semaines après la dernière, qu'il n'y a plus trace de tumeur dans le pharynx et au niveau des apophyses basilaire et ptérygoïde. Le jeune homme est bien portant, la cicatrice est à peine appréciable ; le nez, l'œil, ont repris leur forme normale, et la voix est assez nette quand le malade se bouche les deux narines. M. Delestre, interne du service de M. Bauchet, a construit une pièce artificielle en platine, qui bouche la perte de substance et permet au malade de manger, de parler, de boire, comme si la voûte palatine n'avait pas été touchée. Le malade sort définitivement le 1er septembre.

Il revient à l'hôpital à la fin d'octobre : la guérison s'est maintenue complétement. La perte de substance est presque comblée, et il reste une ouverture qui admet à peine le bout du petit doigt.

En résumé, jeune homme de seize ans, atteint d'une tumeur placée à la partie supérieure du pharynx, adhérente à l'apophyse basilaire de l'occipital, à la partie inférieure du corps du sphénoïde et à la face interne de l'apophyse ptérygoïde, se prolongeant dans la narine gauche, qu'elle remplissait complétement, et dans le sinus maxillaire, et faisant bomber en avant le voile du palais ; une bosselure de la tumeur, grosse comme une cerise, sortant de la narine gauche ; le nez

épaté, élargi; la fosse canine saillante et bombée; exophthalmie légère.

Cette tumeur, enlevée deux fois en 1858, au mois de janvier et au mois d'août, avait, après quelques mois de guérison, récidivé, et avait acquis le volume et les connexions que je viens de rappeler brièvement.

Le diagnostic de la tumeur n'offrait point de difficulté : l'intégrité parfaite des parties environnantes, sa forme, ses rapports, sa consistance, et l'examen des deux tumeurs enlevées aux mois de janvier et août 1858, et que le malade avait conservées dans l'alcool, ne pouvaient laisser aucun doute dans l'esprit. Il s'agissait bien évidemment d'un polype fibreux naso-pharyngien implanté aux points que j'ai indiqués tout à l'heure, et se prolongeant en arrière dans le pharynx, en avant dans la fosse nasale et le sinus maxillaire gauche.

Après les opérations qui avaient été tentées précédemment, et en raison du volume et des prolongements de la tumeur, je ne m'arrêtai pas un instant à l'idée de tenter d'extirper le polype sans enlever ou la voûte palatine ou le maxillaire supérieur. Je donnai, après mûre réflexion, et après avoir pris l'avis de M. Cullerier, la préférence à cette dernière opération, en raison du prolongement de la tumeur dans la fosse nasale et dans le sinus maxillaire.

L'opération imaginée par M. Nélaton est sans contredit, dans beaucoup de circonstances, plus favorable; mais, pour ce cas particulier, je la considérais comme insuffisante. Seulement je résolus de laisser intact le voile du palais, et je pratiquai l'opération qui est rapportée avec détails dans l'observation.

L'opération une fois terminée, la guérison marcha rapidement. Elle fut pratiquée le 10 mars, et le malade sortait de l'hôpital le 16 avril. Après quelques semaines passées dans sa famille, il revint à l'hôpital le 29 avril.

Je constatai alors que la partie supérieure du pharynx se remplissait d'une masse fongueuse, adhérente aux points d'implantation de la tumeur. J'attaquai cette masse à l'aide des caustiques, et je donnai la préférence au cautère électrique, cautérisation commode et puissante, et qui me donna de beaux résultats. Je pratiquai, dans l'espace de deux mois, sept cautérisations énergiques, et j'ai pu constater à la fin d'octobre que la guérison s'était maintenue complétement.

Un appareil prothétique construit par mon interne M. Delestre, a fait disparaître toute infirmité et toute difformité.

J'ajouterai, en terminant, que la perte de substance de la voûte

palatine est en grande partie comblée, et admettait à peine, à la fin d'octobre, le bout du petit doigt.

M. Touzé, externe dans mon service en 1859 et maintenant interne à l'hôpital des Enfants, a revu le malade à la fin de décembre, et la guérison était restée telle que nous l'avions constatée à la fin d'octobre.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. AD. RICHARD présente une dame, Mme H..., guérie d'un polype naso-pharyngien.

Cette dame a été opérée en octobre 1857. Elle avait alors cinquante-cinq ans : l'âge et le sexe doivent être notés, car presque constamment ces tumeurs s'observent chez les garçons de douze à vingt-cinq ans.

La tumeur avait manifesté sa présence depuis quatre années ; elle montrait dans le haut du pharynx deux saillies séparées par un enfoncement, et chacune du volume d'un petit œuf. La malade, surtout dans les derniers temps, pouvait à peine respirer.

Depuis plusieurs mois, elle était condamnée à une insomnie absolue, et croyait, disait-elle, étouffer chaque nuit.

Ceci, joint aux hémorrhagies, à la gêne de la déglutition, l'avait réduite au plus misérable état.

M. Richard l'opéra à la Clinique en octobre 1857 par le procédé de M. Nélaton (fente du voile du palais, résection de la moitié postérieure du milieu de la voûte palatine). Mais, ainsi que cela est entré dans les habitudes de M. Ad. Richard, il ne fit pas d'excision de la tumeur : il la détruisit par le caustique de zinc.

En décembre 1857, l'opérée suivit M. Ad. Richard à l'hôpital Saint-Louis, et elle en sortit guérie le 1er février 1858.

Suivie pendant toute la moitié de l'année 1858, elle subit en juillet une autoplastie pour fermer la fistule palatine. Le résultat fut incomplet, et il reste un pertuis qui laisse passer une sonde de femme.

La guérison s'est parfaitement maintenue, et l'opérée a toujours joui d'une bonne santé.

La tumeur s'insérait à l'apophyse basilaire, et avait déjà corrodé quelques millimètres de la base du crâne.

M. VERNEUIL ne trouve pas exceptionnel le cas de polype présenté par M. Richard ; il pense que la résection palatine lui était très-applicable. Mais dans le cas de polypes à embranchements, comme ceux qu'a cités M. Robert, il considère que l'extirpation du maxillaire supé-

rieur est la seule opération qui donne quelque chance de succès pour leur ablation et leur guérison.

M. HUGUIER donne quelques renseignements sur le polype qu'il a enlevé et dont M. Robert a parlé dans une des séances précédentes. C'était un polype qui provoquait une saillie considérable de la face. M. Huguier crut devoir pour l'opérer enlever partiellement le maxillaire supérieur et les os du nez. Bien que le polype fût fibreux, son ablation donna lieu à une abondante hémorrhagie, comme en ont signalé les chirurgiens qui ont attaqué des tumeurs de cette nature. Les sources artérielles normales et l'hypertrophie du périoste et de ses vaisseaux, donnent une explication suffisante de ces pertes de sang considérables, auxquelles ne donnent pas lieu les autres tumeurs fibreuses.

Le malade de M. Huguier succomba dans un affaissement comateux attribué à l'hémorrhagie.

Le polype s'insérait à la base de l'apophyse basilaire au tissu fibro-cartilagineux, qui obture le trou déchiré antérieur, et à la base des apophyses ptérygoïdes, — il s'était introduit dans le sinus sphénoïdal et avait pénétré dans la fosse moyenne droite du crâne, où il formait une hernie du volume d'une grosse noix logée dans le cerveau. — A gauche, il avait pénétré dans le crâne par le trou déchiré antérieur et formait une saillie de la grosseur d'une noisette.

Aucun trouble fonctionnel n'a révélé pendant la vie la disposition de ces tumeurs, et ne permit d'en établir le diagnostic.

M. Huguier voit dans ce fait l'indication sur un sujet jeune d'opérer de bonne heure, afin de s'opposer à la marche envahissante de l'affection.

M. GIRALDÈS. Les polypes analogues à celui dont parle M. Huguier sont des polypes auxquels il ne faut pas toucher. Les exemples de polypes volumineux avec prolongements crâniens ont depuis longtemps été signalés. La vascularité des polypes a aussi été notée; il en est fait mention dans l'observation de Manne. Elle donne lieu quelquefois à des hémorrhagies si abondantes, que les chirurgiens ont été obligés de remettre les opérations commencées.

M. VERNEUIL a signalé l'extrême vascularité des polypes dans son rapport, et il a proposé d'attaquer leurs embranchements par le cautère actuel, afin d'éviter les hémorrhagies.

Il a bien pensé à ces polypes que M. Giraldès désigne sous le nom de polypes auxquels il ne faut pas toucher; mais il s'est demandé sur quels signes il faut établir leur diagnostic, attendu que les uns

ont été opérés et ont guéri, et que les autres, opérés ou non, ont amené la mort. Il répète donc que l'anatomie pathologique et l'étude séméiologique des polypes demandent de nouvelles études.

M. GIRALDÈS cite à l'appui de cette opinion un fait inséré dans une thèse de Bonn; un malade opéré d'un polype naso-pharyngien par Wondser, fut renvoyé guéri et mourut subitement. On constata à l'autopsie que la voûte crânienne avait été perforée.

— M. CHASSAIGNAC, reprenant la parole sur les luxations de l'astragale, reconnaît qu'il s'est exprimé d'une manière trop générale en proposant l'amputation contre cet accident. Il ne faut pas appliquer sa proposition en bloc à tous les cas de luxation de l'astragale, mais il convient de distinguer la gravité des cas.

M. Chassaignac présente le malade qui a survécu à l'extraction de l'astragale et les pièces pathologiques recueillies sur celui qui a succombé.

M. Servoin, interne du service de M. Chassaignac, donne lecture des deux observations de ces malades.

Résection totale de l'astragale dans un cas de luxation sens dessus dessous et irréductible de cet os.

B... (Charles), trente ans, charbonnier à La Chapelle, est apporté à l'hôpital Lariboisière le 7 septembre 1858, salle Saint-Louis, n° 2.

Cet homme était debout sur un tombereau plein de charbon de terre, lorsqu'une autre voiture passant à côté accroche la sienne et la renverse. Il roule avec la charge et tombe du côté opposé, les jambes empêtrées au milieu du charbon. Il ne peut se relever et se fait transporter immédiatement à l'hôpital, où l'on constate les lésions suivantes :

Le cou-de-pied du côté droit est le siége d'une déformation considérable. Le pied, fortement renversé en dedans, forme avec l'axe de la jambe un angle d'environ 135°.

Au côté externe, on trouve la malléole péronière exempte de fracture et formant une saillie énorme, laquelle surmonte une dépression également très-marquée.

Immédiatement au-dessous, et un peu en avant, on sent avec le doigt, sous les téguments, une vive arête osseuse de 2 centimètres de long environ, et dirigée d'arrière en avant.

A deux travers de doigt plus en avant, sur la face dorsale du pied, existe une autre saillie facilement perceptible à la vue, et surtout au toucher, arrondie, globuleuse, supportée par une partie rétrécie, et

manifestement formée par la tête de l'astragale. On peut, en la saisissant entre les doigts, lui imprimer de légers mouvements de latéralité, et ces mouvements se transmettent à l'arête sous-malléolaire déjà mentionnée.

Cette arête fait donc partie de l'astragale, dont elle représente soit le bord externe et supérieur, soit plus probablement le bord externe et inférieur, qui est beaucoup plus tranchant.

En dedans, au fond de l'angle rentrant que le pied forme avec la jambe, on distingue assez confusément la malléole interne, et il est impossible de dire si cette apophyse est ou n'est pas fracturée.

En arrière, on trouve le tendon d'Achille infléchi en dedans sous le même angle que le pied.

La plante du pied regarde en dedans et en bas, mais ne présente pas de déformation. Il n'existe de plaie nulle part.

Immédiatement après l'entrée du malade, l'interne de garde le soumet au chloroforme, et assisté de plusieurs de ses collègues, se livre à des tentatives de réduction pendant un quart d'heure. Il cherche surtout à obtenir une forte extension du pied, afin de repousser plus efficacement l'astragale dans sa cavité. Mais tous ses efforts restent sans effet. L'astragale ne subit pas le plus léger déplacement. Le cou-de-pied est recouvert d'un large cataplasme, et le membre placé dans une gouttière.

Le lendemain 8 septembre, on aperçoit, au niveau des parties saillantes de l'astragale, de petits phlyctènes reposant sur des ecchymoses noirâtres. Il s'est produit un peu de gonflement, mais pas assez toutefois pour empêcher de reconnaître la partie déplacée. Le malade a été agité cette nuit; il a à peine dormi, malgré une potion opiacée. Il éprouve une forte douleur dans le cou-de-pied.

Le chloroforme est administré au malade, et l'on renouvelle les tentatives de réduction. Ces tentatives ont eu pour résultat, non pas une réduction de l'astragale, mais un redressement presque complet du pied, grâce à la rupture des ligaments internes, que nous avons senti plusieurs fois se déchirer sous nos tractions énergiques. Le pied a été tourmenté à peu près dans toutes les directions; mais on a particulièrement insisté sur l'extension forcée, combinée avec des pressions de dehors en dedans et d'avant en arrière, sur les parties saillantes de l'astragale.

Le pied est maintenu redressé au moyen d'un appareil de Scultet. — Application de 40 sangsues à l'aine; bouillon; potage ; potion antispasmodique.

Le 9, le malade a été très-agité cette nuit; il a beaucoup souffert et a complétement défait son appareil. Ce matin il est plus calme ; il a peu de fièvre. Cependant le gonflement a beaucoup augmenté. Au niveau des parties saillantes, on voit de plus larges phlyctènes; les ecchymoses se sont étendues, et sur deux points on aperçoit une eschare brune et sèche. On replace l'appareil de Scultet. — Potion antispasmodique.

Le 12, les pièces d'appareil étant souillées de pus, on renouvelle le pansement. Les eschares se sont agrandies. Depuis le 9, l'état général du malade a été le même ; les nuits sont assez bonnes. Aujourd'hui il y a un peu d'appétit, et les douleurs sont supportables. — Une portion.

Les jours suivants, même état.

Le 16, nouveau pansement. Il n'existe plus qu'une seule et large eschare humide, grisâtre, et la tête de l'astragale est en partie à nu. L'eschare est enlevée avec les pinces et les ciseaux, et toute l'étendue de l'os se trouve ainsi découverte. Les parties qui se présentent sont: en avant la tête, et en arrière le bord externe et inférieur de l'os. En sorte que l'astragale a subi une rotation sur son axe antéro-postérieur, la face inférieure regardant en haut, la supérieure en bas. A quoi il faut ajouter un troisième mouvement exécuté sur l'axe transversal, de telle façon que la tête de l'astragale, relevée en avant, repose sur le cuboïde et le scaphoïde, tandis que le bec postérieur de l'os luxé, profondément engagé dans la fossette calcanéenne, constituait un obstacle invincible à la réduction.

L'extraction de l'astragale a été des plus faciles. Il a suffi de le saisir avec la pince à pansement et de couper avec les ciseaux quelques débris ligamenteux. L'angle postérieur et interne est légèrement écorné, ce qui permettait évidemment au bec astragalien de s'engager plus profondément encore dans la fossette du calcanéum.

On lave la plaie, et on recouvre le cou-de-pied d'une large cuirasse de diachylon avec linge cératé et charpie. On replace le membre dans un appareil de Scultet.

Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, longue suppuration, fusées purulentes ; fistules, dont plusieurs subsistent encore ; déformation notable du pied, dont l'usage est impossible.

Fractures multiples du membre inférieur gauche ; à droite, luxation de l'astragale. — Extraction. — Mort.

P..... (Joseph), charretier, âgé de cinquante-deux ans, d'une con-

stitution vigoureuse, reçut, le 3 avril 1860, sur les deux jambes, une pierre de taille énorme (1,500 kilogr. environ), qui le jeta à la renverse. Immédiatement on l'apporta à l'hôpital Lariboisière.

Voici quelles furent les lésions constatées :

1° Sur le membre abdominal droit, une déformation du pied en dedans, analogue à celle du pied-bot varus ; le bord externe appuie sur le sol, la face plantaire regarde en dedans, et les orteils sont légèrement relevés. L'astragale, échappé de sa mortaise, est jeté en avant et en dehors ; il présente deux saillies qui soulèvent fortement la peau : dans l'une, antérieure, on reconnaît facilement la surface arrondie de sa tête ; dans l'autre, plus en arrière, on croit sentir le bord externe de sa poulie articulaire. La malléole interne, comme enfoncée dans le calcanéum, est fracturée à son sommet. Pas de plaie ; mais la peau, pressée de dedans en dehors, est menacée de gangrène ; quelques bosses sanguines à la cuisse.

2° Sur la jambe gauche, subluxation du tibia en dehors ; fracture comminutive des deux os, au tiers supérieur ; fracture du péroné seul au tiers inférieur ; le pied et la jambe sont très-mobiles, tournés vers le côté externe, la crête tibiale du fragment inférieur regardant tout à fait en dehors ; quelques contusions.

Comme état général, prostration et anéantissement marqués ; l'accident remonte à une demi-heure.

Pensant que l'astragale s'est directement échappé de sa mortaise, M. Chassaignac fait des tentatives de réduction dans toutes les directions et pendant le sommeil du chloroforme, mais inutilement. Il se décide alors à enlever l'astragale séance tenante. Incision curviligne au niveau de la saillie osseuse ; l'os se montre à découvert, luxé et tourné sens dessus dessous, face pour face ; la saillie, qu'on avait prise pour le bord externe de la trochlée, n'était pas autre chose que le rebord de la grande facette calcanéenne de l'os. L'astragale extirpé entraîne avec lui le sommet de la malléole interne, encore adhérent au ligament interne de l'articulation tibio-tarsienne ; son col est un peu écrasé, et au fond de la plaie on trouve quelques esquilles. — Redressement du pied ; pansement par occlusion ; appareil de Scultet.

De l'autre côté, la déformation due aux fractures est facile à corriger ; il n'en est pas de même de la luxation du tibia, elle est irréductible. — Autre appareil de Scultet ; potion cordiale ; diète.

Le soir, le malade est un peu revenu à lui ; pas de fièvre. — Julep morphiné.

Le 4 avril, pouls plein et fort, mais non accéléré ; pas de douleurs. Le soir, un peu de fréquence du pouls ; peau chaude ; quelques douleurs dans le membre.

Le 5, l'état du pouls demanderait des émissions sanguines, si elles n'étaient contre-indiquées par la crainte d'ôter au malade des chances de résistance ; langue blanche ; bouche amère. — Huile de ricin, 16 grammes.

Le 8, on change l'appareil sali par le sang et le commencement de la suppuration ; fièvre modérée.

Dans la nuit du 8 au 9, hémorrhagie ; le matin, le sang s'est arrêté.

Le 10, cette nuit, nouvelle perte de sang, combattue avec succès par l'eau froide et les cataplasmes froids. On remplace l'appareil de Scultet par une gouttière. Aux environs de la plaie, la peau se mortifie, et la jambe œdématiée fait craindre quelque diffusion purulente dans les muscles. — Cataplasmes.

Le 13, on fait le long de la jambe deux contre-ouvertures par où s'échappe une suppuration abondante et fétide ; la gangrène remonte le long du péroné, dans la moitié de sa hauteur ; le pied lui-même est envahi par la suppuration au niveau du tarse. Etat général grave. Langue sèche ; peau chaude ; 110 pulsations.

Le 15, l'articulation du genou est saine ; cependant l'œdème et l'empâtement remontent à ce niveau.

Le 19, élimination des eschares, laissant tendons et muscles à nu ; prostration complète ; somnolence avec délire calme ; langue fuligineuse et tremblante ; face jaune et terreuse ; 130 pulsations. La présence des fractures de l'autre membre, et surtout la gravité des phénomènes généraux, empêchent de songer à l'amputation de la cuisse.

Le 26, état général de plus en plus grave ; angioleucite trajective sur la cuisse. — Cataplasmes ; scarifications.

Le 29, quelques vagues frissons ; délire continuel.

Le 3 mai, un frisson plus durable.

Le 6, mort par épuisement.

Autopsie. — Pas d'abcès métastatiques. Organes thoraciques et abdominaux anémiés.

Sur le membre droit, les muscles de la jambe sont presque détruits par la suppuration. Le pied ne tient plus au reste du membre que par un pont de peau où passe l'artère pédieuse, et en arrière par le tendon d'Achille. Le tendon du jambier postérieur est déchiré, ceux des péroniers latéraux dénudés. La cavité où était l'astragale est limi-

tée par les deux os de la jambe et ceux du tarse privés de leurs cartilages et altérés à leur surface ; mais le pus n'a pas fusé dans les articulations tarsiennes ; celle du tibia et du péroné est détruite ; quelques fibres ligamenteuses retiennent seulement les deux os. Le genou est sain. Les ganglions de l'aine tuméfiés portent les traces de l'inflammation. Sur le membre gauche, le tibia est porté en dehors des condyles d'environ 1 centimètre ; il est fracturé, ainsi que le péroné, à son tiers supérieur. Le péroné présente en outre une fracture longitudinale qui, partant de la précédente, remonte et divise sa tête en deux fragments. Au tiers inférieur du péroné, autre fracture un peu oblique en bas et en arrière.

Toutes ces solutions de continuité ne portent aucune trace d'un commencement de cal osseux ; les fragments ne sont retenus que par des parties fibreuses.

— M. RICHARD lit un rapport sur un travail de M. Mourlon.

Oblitération des conduits lacrymaux de l'œil gauche. — Traitement par les injections émollientes et astringentes ; insuccès ; traitement par le cathétérisme forcé ; guérison. — M. G..., capitaine commandant la 8e batterie du 14e régiment d'artillerie, vint me consulter dans le courant de juin 1857 et réclamer mes soins pour une infirmité dont la persistance le désolait et le forcerait bientôt d'interrompre son service.

Depuis très-longtemps, plus d'un an, M. G... avait remarqué que son œil gauche pleurait facilement, surtout quand il se trouvait exposé au froid ou à l'air vif.

A partir du mois d'avril, cette incommodité s'est tellement accrue que l'écoulement des larmes sur la joue est continuel. Quand je vis cet officier pour la première fois, la conjonctive oculaire et palpébrale était enflammée, et il y avait photophobie. Avant de rechercher la cause du larmoiement, je prescrivis des lotions émollientes et l'occlusion permanente. La phlogose de la muqueuse oculaire se dissipa bien vite ; quarante-huit heures après, à peine se serait-on douté que l'œil avait été malade. Mais le larmoiement persistait au même degré. Cette conjonctivite n'était qu'un accident très-secondaire, et s'expliquait très-bien par les frottements répétés du malade pour essuyer les larmes qui lui obscurcissaient la vue et inondaient son visage. Il n'y avait pas à songer un instant que l'écoulement des larmes pût dépendre de cette lésion. Il ne devait tenir qu'à un obstacle mécanique siégeant dans la longueur des voies lacrymales (conduits lacrymaux et canal nasal).

Voici ce qu'un examen attentif m'apprit :

La glande lacrymale paraît intacte ; pas de trace d'inflammation ni de tumeur.

Le malade n'a jamais eu de névralgie ; on ne peut donc admettre que la maladie tienne à une exaltation nerveuse de la glande.

La conjonctive est saine. Aucun symptôme ne trahit l'existence d'une inflammation des membranes internes de l'œil.

La racine du nez, la région oculo-palpébrale gauche, n'offrent aucun stigmate de mutilation ancienne ou récente.

Les points lacrymaux ont une direction normale ; ils baignent dans le grand angle de l'œil, sont roses, béants, bien conformés, contractiles.

En palpant au-dessous du tendon de l'orbiculaire, on sent la dépression correspondante à l'origine supérieure du canal nasal ; pas de tumeur, pas d'empâtement.

La narine gauche est sèche. Le malade dit que, quand il se mouche, il ne sort rien ou presque rien de ce côté du nez, depuis qu'il a commencé à s'apercevoir de son larmoiement.

M. G..., d'un tempérament lymphatique nerveux, ne porte aucune marque de cachexie quelconque, scrofuleuse, syphilitique ou autre. Il n'a jamais eu mal aux yeux. Il ne se souvient pas d'avoir eu de coryza avant sa maladie ni depuis qu'elle a débuté. En un mot, en dehors de son larmoiement, cet officier présente tous les attributs d'une belle santé.

Une injection d'eau simple, poussée du côté malade alternativement dans les conduits inférieur et supérieur, ne passe pas dans le nez. Elle provoque un sentiment de tension et de fraîcheur limitée aux parties des paupières correspondantes aux conduits lacrymaux. La narine ne devient pas plus humide ; pas d'envies de moucher, pas d'éternument. Le liquide ressort en bavant, après avoir dilaté les conduits lacrymaux jusqu'au niveau de la bifurcation du tendon de l'orbiculaire, sans distendre le sac lacrymal.

La même opération, pratiquée du côté sain, est suivie de l'écoulement du liquide par le nez, d'envies de moucher, de chatouillement dans la narine.

Le liquide n'arrivant pas au sac lacrymal, il est sans intérêt de chercher à l'y faire pénétrer par en bas. L'obstacle au cours des larmes siége évidemment au-dessus de lui. Je diagnostique :

Larmoiement symptomatique d'une oblitération des conduits lacrymaux. Cette oblitération siége dans les deux conduits, ou, ce qui est

plus probable, dans leur partie commune, car les injections s'arrêtent précisément à l'origine de cette portion commune, c'est-à-dire à l'angle de bifurcation du tendon de l'orbiculaire.

En quoi consiste cette oblitération ?

Est-ce une hypertrophie de la muqueuse ?

Cet état morbide succède aux inflammations granuleuses chroniques, et surtout aux ophthalmies blennorrhagiques. Rien de tout cela n'a précédé la maladie. De plus, dans l'hypertrophie, il y a un bourrelet muqueux saillant en dehors des points lacrymaux ; ce signe manque.

Sont-ce des callosités ? Celles-ci se développent à la suite de l'ophthalmie varioleuse, et après la blépharite glandulaire chronique. Ces causes font défaut ; les conduits sont, du reste, sains et perméables depuis les points lacrymaux jusqu'à environ 2 millimètres du sac.

Quelque corps étranger existerait-il dans les canaux ? Un cheveu, un cil, une barbe de plume, un fil de soie, une parcelle métallique, etc., etc, comme Anel, Méjean, Demours, Carron du Villars et M. Desmarres en citent des exemples ? Il y aurait eu des phénomènes inflammatoires au moment de leur introduction ; le larmoiement aurait été continu et abondant dès le début ; il était insignifiant d'abord, a augmenté insensiblement, pour arriver au point où il en est aujourd'hui. L'examen le plus attentif, l'exploration la plus minutieuse avec le stylet, ne font rien sentir dans le trajet des conduits.

Serait-ce un calcul ? Les dacryolithes des conduits lacrymaux sont très-rares. Césoin en cite un cas (Schurigius, *Litholog.*, p. 97) ; Sandifort, un cas (Sandifort, *Obs. anat. pathol.*, lib. III, p. 72 à 79) ; M. Desmarres, un cas (*Mémoire sur les dacryolithes et les rhinolithes*). Ces calculs donnent, quand on les heurte, la sensation d'un corps dur. Quand ils existent depuis longtemps, le canal est dilaté, il y a une tumeur.

Dans tous les cas, inflammation et écoulement de muco-pus par les points lacrymaux. En l'absence de ces symptômes, nous ne pouvons nous arrêter à l'idée d'une dacryolithe.

Il n'y a pas non plus de polype ni de kyste, puisqu'il n'y a pas de tumeur. Ces affections sont, du reste, excessivement rares ; Demours, M. Desmarres et M. Jobert, sont les seuls praticiens qui en rapportent des observations.

Dans le cas spécial, un stylet, introduit dans les deux conduits lacrymaux, chemine librement dans une longueur de 7 millimètres en-

viron, puis est arrêté par un obstacle un peu élastique, résistant. Ne trouvant pas l'explication de cette oblitération dans les causes indiquées par les auteurs, je ne puis que croire à une inflammation atonique primitive, survenue sans motif connu, laquelle aurait empêché pendant un certain temps le passage des larmes à travers leurs organes excréteurs; ceux-ci, sous la double influence de l'inflammation et du défaut de fonction (d'après la loi établie par Bichat : *les canaux qui ne fonctionnent pas finissent par s'oblitérer*), se seront rétrécis d'abord, puis leur rétrécissement sera devenu une oblitération complète. Les choses se passent ainsi dans les déviations des conduits lacrymaux, au dire de M. Desmarres (*Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 431).

Lorsque cette maladie (la déviation des conduits) est déjà ancienne, les conduits ainsi que le sac se rétrécissent.

Telle est l'explication qui me semble la plus rationnelle.

L'oblitération reconnue sans aucune complication, qu'avais-je à faire?

Deux ordres de moyens sont recommandés :

1° Les injections;

2° Le cathétérisme.

Je résolus de les employer successivement.

Mon diagnostic porté, pour ne pas fatiguer mon malade, plus encore pour ne pas irriter les parties par des manœuvres trop répétées, je prescris :

Eau de laitue trois fois par jour en collyre;
Renifler l'eau de laitue quatre ou cinq fois par jour.

Tous les matins, je fais des injections anodines dans les deux conduits lacrymaux, pour calmer l'inflammation locale, s'il en existait, ou dissoudre un amas de mucus épaissi qui aurait pu aussi constituer la coarctation.

Au bout de huit jours, ces manœuvres n'amenèrent aucune amélioration, vu la possibilité d'un boursouflement simple de la muqueuse; je remplace l'eau de laitue par l'eau blanche pendant douze jours et sans plus de succès.

Un jour, une injection poussée vigoureusement dans le canal supérieur sort en partie par le point lacrymal inférieur; il est désormais évident pour moi que l'oblitération siége dans la portion commune des conduits lacrymaux.

J'aurais peut-être insisté plus longtemps dans l'emploi de ces

moyens, si l'impatience croissante de M. G... ne m'eût décidé à essayer d'un traitement plus actif. Je songeai à pénétrer lentement ou de vive force à travers l'obstacle ; opération quelque peu difficile, dangereuse même, surtout quand on franchit violemment, car il est aisé de faire fausse route ; mais à bien examiner, c'était ma seule ressource.

Le stylet d'Anel, introduit successivement dans le conduit lacrymal inférieur et dans le supérieur, est arrêté, comme les injections, exactement à la même profondeur, à l'angle de bifurcation du tendon de l'orbiculaire. Des mouvements de rotation et de propulsion combinées, imprimés au stylet, provoquent une vive douleur et ne permettent pas d'arriver au sac lacrymal.

Après un quart d'heure de tâtonnement, pour ne pas irriter les parties, je suspens mes tentatives. Deux injections émollientes, faites pour calmer les douleurs, sortent entièrement par les points lacrymaux.

Deux jours de suite, émollients.

Je tente de nouveau le cathétérisme lent, sans plus de réussite.

Enfin, le 15 juillet, je propose à M. G..... d'introduire de force mon stylet jusqu'au sac. Il y consentit d'autant plus volontiers qu'il était plus impatient d'en finir. Cette dernière ressource lui sourit et releva son moral, abattu par l'ennui et la crainte de ne jamais guérir. Il me raconta qu'avant moi il avait consulté M. Desmarres. Ce savant ophthalmologiste, après plusieurs essais de sondage, lui avait prescrit des injections calmantes, puis des injections astringentes, l'avertissant que, si ces moyens étaient sans résultat, il devrait se résigner à garder son infirmité, laquelle guérirait seule plus tard, car, le cours des larmes étant interrompu par une coarctation complète et incurable, leur sécrétion diminuerait avec le temps et finirait par se tarir tout à fait.

L'oblitération existant dans la partie commune des conduits, je choisis, pour opérer, le conduit supérieur, que l'on peut très-facilement ramener à une direction rectiligne et presque verticale.

Le stylet dont je me servis était celui d'Anel, terminé par un renflement d'un demi-millimètre. Le malade, placé devant moi, assis sur une chaise, la face au grand jour ; je soulève la paupière supérieure et la tire légèrement en dehors.

Je pousse le stylet d'abord presque perpendiculairement de bas en haut, puis obliquement de dehors en dedans et de haut en bas. Cessant de tirer la paupière vers la tempe, je fais pénétrer mon instru-

ment en le tournant légèrement entre les doigts. Arrivé à l'obstacle, c'est-à-dire à environ deux millimètres du sac, je cherche une fois encore à le franchir avec ménagement. Impossible.

J'imprime alors à mon stylet un mouvement brusque et énergique, dans la direction du sac. Ce temps de l'opération provoque une douleur assez vive. Le stylet a enfin franchi le point obturé, et je sens son bouton dans la cavité du sac. Je juge inutile d'aller plus loin; je laisse mon instrument en place pendant une minute, et je le retire pour pratiquer une injection.

Je profitai de la présence de mon stylet dans le sac pour m'assurer de l'état de cet organe ; je constatai avec bonheur qu'il ne participait nullement à l'oblitération du canal. Je redoutais fort cette complication, qui aurait rendu mon opération probablement inutile.

M. G..... dit que le stylet a causé une sensation de chatouillement à la racine du nez. Une injection faite immédiatement arrive dans le nez et détermine le besoin de moucher. Une autre injection nous apprend que le conduit inférieur communique aussi librement avec le sac. Le succès est complet.

Le soir même, je fais encore deux injections pour calmer l'irritation qui aurait pu résulter de mes manœuvres. Je recommande à l'opéré de se laver l'œil avec une décoction émolliente, et d'en renifler souvent.

Le lendemain, je renouvelle le cathétérisme. Je laisse mon stylet en place pendant cinq minutes ; je fais des injections comme la veille, et je recommande les fomentations émollientes.

Le surlendemain, le larmoiement a cessé tout à fait. Pas de trace d'inflammation traumatique.

Pendant une semaine, j'introduis une fois par jour le stylet dans le conduit supérieur, et je l'y laisse de cinq à dix minutes.

Dès le quatrième jour, j'avais substitué les injections d'eau blanche aux émollients.

A partir du 25 juillet, le traitement se réduit aux injections d'extrait de Saturne.

Je les cessai le 2 août. Les larmes n'avaient plus coulé sur la joue depuis le 17 juillet.

Je n'ai pas perdu de vue cet officier ; il est à présent chef d'escadron au 2e régiment d'artillerie. Tous les jours je puis m'assurer que la guérison est radicale et durable.

Réflexions. — Cette observation me semble intéressante à plus d'un titre :

1° Rareté de l'affection ;

2° Simplicité et efficacité du traitement ;

3° Durée et persistance de la guérison ;

4° Le larmoiement peut continuer malgré l'interruption absolue du cours naturel des larmes.

L'oblitération des conduits lacrymaux est rare et ordinairement au-dessus des ressources de l'art. J. L. Petit est le seul chirurgien qui compte une guérison confirmée dans un cas analogue à celui que je publie (*Compendium de chirurgie pratique*, t. III, p. 187).

Le manuel opératoire a été très-simple. Un stylet d'Anel a suffi pour rétablir le cours des larmes et maintenir le canal dilaté. Je n'ai pas eu besoin de recourir aux sondes élastiques à demeure que J. L. Petit recommande en pareille circonstance.

Il est remarquable que, une fois l'obstacle franchi, les larmes ont repris leur cours franchement et naturellement.

Depuis près de deux ans, l'appareil lacrymo-nasal gauche fonctionne aussi normalement que s'il n'eût jamais été le siége d'aucune affection.

Chez mon malade, les conduits lacrymaux se réunissent pour pénétrer dans le sac lacrymal, disposition qui se présente exceptionnellement, une fois sur sept suivant M. Huschke, et qui serait la règle d'après les belles recherches de M. Sappey. Je crois devoir lui attribuer une part du succès. Quand les conduits lacrymaux se réunissent pour se jeter dans le sac, leur portion commune a un diamètre à peu près égal à la somme des deux. On sait que plus un canal est gros, plus il est commode de le parcourir; moins on a de chance de faire fausse route s'il est obturé dans sa longueur.

L'étiologie est ici des plus obscures. Il n'y a jamais eu d'inflammation des muqueuses nasale ou oculaire, inflammation traumatique, scrofuleuse, blennorrhagique, etc., qui aurait pu se propager aux conduits lacrymaux et provoquer les désordres signalés tout à l'heure. Pas de brûlure, pas de pustule maligne, pas de plaie récente ou ancienne; pas de tumeur des paupières (kystes) ou de l'orbite qui exerçât une compression sur les conduits lacrymaux; pas de dacryolithes. J'avais affaire à une oblitération complète datant d'un an passé, que rien n'expliquait, et qui avait résisté aux injections émollientes, astringentes et au cathétérisme ordinaire.

Comme on l'a vu, l'affection était ancienne, et la sécrétion des lar-

mes était très-abondante. Cette circonstance n'est pas du tout en harmonie avec les assertions des ophthalmologistes, qui prétendent guérir radicalement et sans larmoiement la fistule lacrymale par l'excision des conduits.

« Quand toute communication entre le sac lacrymal et la conjonctive a cessé, le larmoiement, dit M. Tavignot dans une communication à l'Académie des sciences (séance du 3 mai 1858), quand il n'est pas produit par un cil dévié, diminue tout. d'abord d'une manière très-sensible, et disparaît ensuite de lui-même après quelques jours ou quelques mois. »

Ici l'oblitération était complète depuis longtemps, puisque plusieurs mois avant que je visse le malade M. Desmarres l'avait reconnue ; le cours des larmes était bien interrompu, et la glande lacrymale n'en continuait pas moins à sécréter abondamment. L'assertion de M. Tavignot, quand il dit qu'il a toujours vu le larmoiement cesser après qu'il avait interrompu la communication des larmes avec le sac, n'est pas rigoureuse, puisque le contraire s'observe; mon malade en est un exemple frappant.

On ne peut pas dire que chez lui un des conduits restait peut-être un peu perméable; l'oblitération siégeait dans leur portion commune, et des injections poussées avec toute la précaution possible dans l'un et l'autre conduit n'ont jamais fait arriver une goutte de liquide dans la cavité du sac.

M. GIRALDÈS aurait voulu voir le rapporteur indiquer ce qui avait été fait contre ces oblitérations des conduits lacrymaux. Baumann et Græfe ont inventé des instruments spéciaux pour combattre cette affection.

Dans un cas où l'oblitération siégeait à l'orifice d'un des conduits, Baumann fit une incision pour élargir la voie et permettre l'introduction de son instrument.

Le fait rapporté par M. Mourlon est donc bien connu et ne présente pas un grand intérêt, comme le dit M. le rapporteur.

— **M. RICHARD** demande la parole pour la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 16 mai 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu la notice des travaux de la société de médecine de Bordeaux, par le docteur Dégrange, secrétaire général; Bordeaux, 1860, in-8°.

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. Borelli, de Turin, membre correspondant, les ouvrages suivants :

Rendiconto clinico-statistico della clinica del dott. Giambattista Borelli, rédigé par M. Luigi Berruti ; Turin, 1860, in-8°.

Cenni storico-patologici intorno alle risezioni sotto-periostee (résections sous-périostales), par M. Borelli ; Turin, 1858, in-8°.

Giornale d'oftalmologia italiano ; Turin, 1858 à 1859, 2 volumes in-8°. Ce sont les deux premières années d'un journal fondé et dirigé par M. Borelli.

— M. Fleury, membre correspondant à Clermont-Ferrand, adresse une observation manuscrite de polype naso-pharyngien traité par l'extirpation du maxillaire supérieur.

— MM. les docteurs François et Dubois (Jules), d'Abbeville, adressent une observation manuscrite de polype naso-pharyngien, traité par l'extirpation du maxillaire supérieur.

(Le maxillaire et le moule en cire du polype sont joints à cet envoi).

Ces deux observations sont renvoyées à l'examen de M. Verneuil.

— M. Delore, chirurgien-major désigné de la Charité de Lyon, adresse une observation manuscrite intitulée : *Anévrysme de l'artère carotide primitive; ligature par la méthode d'Anel. Mort. Autopsie.* Cette observation, accompagnée d'une planche, est renvoyée à l'examen de M. Giraldès.

— M. Verneuil fait don à la Société de douze thèses de chirurgie soutenues de 1858 à 1860 à la Faculté de médecine de Paris.

Nouvelle espèce de luxation de l'astragale; luxation sous-scaphoïdienne par rupture du ligament calcanéo-scaphoïdien et enclavement de l'astragale entre le scaphoïde et le calcanéum. — M. CHASSAIGNAC. Après les innombrables variétés de déplacement qui ont été décrites sous le nom de luxations de l'astragale, il était permis d'espérer que toutes les formes de la lésion avaient été indiquées, et que s'il se présentait quelques cas nouveaux, ils constitueraient tout simplement des variantes sans signification de types connus. Il n'en est rien, et la curieuse forme de luxation que nous avons à faire connaître le prouvera.

Un homme atteint de délire furieux se porte à la poitrine trois coups de couteau et se précipite d'un cinquième étage sur le sol. Les deux pieds, dans leur portion tarsienne, supportent toute la violence du choc, car on n'a trouvé de fracture sur aucune autre partie du corps.

Le pied gauche présente une luxation de l'astragale avec fracture multiple de l'os, dont la tête est chassée en dedans et se renverse face pour face.

Le pied droit présente une véritable luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, et offre les dispositions suivantes :

L'aspect général du pied présente une sorte d'enfoncement de la jambe dans la première rangée du tarse, comme si l'astragale broyé se fût affaissé sous le poids des os de la jambe. Le pied est sensiblement raccourci dans son sens antéro-postérieur, et présente à sa face dorsale, à la distance d'un centimètre à peine de l'extrémité inférieure du tibia, une saillie abrupte que l'on reconnaît tout d'abord appartenir au scaphoïde.

Avant toute dissection, on reconnaît aussi que la tubérosité interne du calcanéum a été brisée ; mais le reste de l'os est intact.

Après dissection, on observe un déplacement en masse du scaphoïde, qui, suivi des deux premiers cunéiformes et des deux premiers métatarsiens, a passé au-dessus de la tête de l'astragale et repose par le bord inférieur de sa facette articulaire sur le collet de l'astragale.

La tête de l'astragale a donc déchiré complétement le ligament calcanéo-scaphoïdien, s'est enclavée à la place de ce ligament, entre le calcanéum et le scaphoïde, prenant une situation tout à fait fixe, et dont les plus grands efforts ne peuvent la dégager.

Toute la moitié interne du pied a donc subi une espèce de refoulement vers la jambe, en passant par-dessus la tête de l'astragale, et

cependant le pied n'est incliné ni à droite ni à gauche et se maintient dans sa rectitude et sous son angle habituel. Or voici par suite de quelles dispositions curieuses la moitié externe du pied, composée du troisième cunéiforme du cuboïde et des trois derniers métatarsiens, a permis au refoulement général du pied de s'effectuer sans déviation.

D'abord le troisième cunéiforme, complétement luxé et déprimé de toute sa hauteur vers la face plantaire, a permis au troisième métatarsien de passer au-dessus de lui.

Ensuite le cuboïde, maintenu dans ses rapports normaux avec le calcanéum, présente tout près de sa face articulaire métatarsienne une fracture par suite de laquelle les deux derniers métatarsiens, emportant avec eux leur surface d'articulation cuboïdienne, ont suivi le refoulement général du pied, en se portant un peu au-dessus du cuboïde.

Le tendon du long péronier latéral s'est maintenu malgré tout ce désordre dans sa position naturelle; seulement, à son extrémité insertionnelle, il se relève brusquement pour suivre la tête du premier métatarsien, relevée elle-même par suite de ses connexions avec le premier cunéiforme et le scaphoïde.

L'astragale ayant subi un mouvement de révolution verticale, oppose en avant la partie supérieure de sa poulie articulaire, de telle sorte que, sans aucun déplacement de latéralité, il y a subluxation de l'os dans son articulation jambière.

Le tendon du jambier antérieur est fortement soulevé en avant. Les tendons du long fléchisseur des orteils passent sous la tête de l'astragale, laquelle maintient béant un large hiatus à la face interne du pied.

M. HUGUIER appelle l'attention sur les deux espèces d'accidents dont le membre droit est le siége.

L'un est une fracture du calcanéum, du genre de celles qu'on a nommées fractures par écrasement; l'autre est bien, à la vérité, une luxation, mais celle-ci ne peut être qualifiée de luxation de l'astragale en bas. Cet os, en effet, a conservé tous ses rapports dans sa mortaise tibio-péronière, et il est descendu dans la plante du pied avec le membre tout entier.

Le scaphoïde, au contraire, s'est élevé au-dessus de l'astragale, de façon à se rapprocher du bord antérieur de la surface articulaire du tibia. La qualification applicable à ces désordres est celle de luxation du scaphoïde en haut et en arrière, avec écrasement du calcanéum.

Il résulte de la disposition signalée, que pour réduire les déplacements, si la chose eût été possible, il eût fallu fixer la partie inférieure du membre, et tirer en avant sur le pied, en même temps qu'on eût repoussé le scaphoïde en bas et en avant : toute tentative dirigée sur l'astragale lui-même serait restée sans succès.

M. BROCA fait remarquer qu'aucun fait semblable à celui que vient de présenter M. Chassaignac n'a été décrit jusqu'à présent. Dans la luxation du scaphoïde, on avait toujours compris théoriquement que l'astragale s'élevait sur le dos du pied, au-dessus du niveau de cet os. Ici l'astragale a passé au-dessous du scaphoïde, en rompant le ligament scaphoïdo-calcanéen, et le scaphoïde s'avance en remontant sur la tête et le col de l'astragale.

Il a fallu, pour permettre ce déplacement, une circonstance spéciale, la fracture des derniers métatarsiens, qui a établi une compensation entre la longueur du bord interne et du bord externe du pied : si les métatarsiens étaient restés intacts, la longueur du membre eût été maintenue, et une luxation même incomplète n'aurait pu se produire, rien ne s'opposant à la rentrée de la tête astragalienne dans la cupule du scaphoïde.

Le mécanisme de ce déplacement lui paraît être une flexion exagérée du pied sur la jambe, et il en trouve la preuve dans la fracture du calcanéum, qui n'est point, comme le pensait M. Huguier, et comme M. Huguier le reconnaît, une fracture par écrasement, mais une fracture par arrachement, due à l'effort de traction exercé sur l'apophyse postérieure du calcanéum par les muscles de la partie postérieure de la jambe.

Les résultats de ces désordres ne lui paraissent pas devoir être nécessairement funestes. Les altérations observées sont compatibles avec la guérison, et la difformité qui en résulterait n'empêcherait pas les malades de marcher : on peut s'en assurer sur les sujets qui ont été atteints de luxations sous-astragaliennes.

Si on pouvait arriver à diagnostiquer nettement les déplacements, on pourrait probablement les réduire. Mais les choses sont tellement disposées qu'il est presque impossible d'en acquérir une notion exacte.

Quant aux accidents qui ont atteint l'autre membre, ils sont trop compliqués pour être comparés aux luxations de l'astragale.

M. CHASSAIGNAC répète qu'il n'a pas eu l'intention de proposer l'amputation pour tous les cas indistinctement de luxation de l'astragale.

A l'égard des résultats statistiques donnés par M. Broca sur ces

luxations, il pense que les éléments dont ils se composent sont mauvais. Les statistiques comprenant tous les faits sans distinction, c'est-à-dire les statistiques continues, sont les seules où il convient de puiser des enseignements, parce que ce sont les seules bonnes. Les statistiques ne donnant qu'un certain nombre de faits, c'est-à-dire les statistiques interrompues, conduisent nécessairement à l'erreur, parce que les faits heureux se publient et que les malheurs sont généralement passés sous silence. Ne résulte-t-il pas de la statistique sur l'opération des kystes de l'ovaire par incision que deux femmes seulement sur quinze y succomberaient? et tous les chirurgiens ne savent-ils pas combien cette opération est grave et combien elle donne peu de succès?

La statistique de M. Broca donne 24 guérisons dans 25 cas d'extirpation de l'astragale! Mais M. Broca n'a relevé que les faits heureux, parce que les faits malheureux n'ont pas été publiés. Le silence sur les insuccès n'implique pas que la vérité soit trahie de parti pris, et le compte rendu des succès s'explique naturellement par l'intérêt et la curiosité qu'inspirent les faits rares et insolites. C'est ainsi qu'on arrive en général, et que M. Broca est arrivé de la meilleure foi du monde, à former des groupes artificiels.

M. Chassaignac est convaincu que quelques-uns des malades amputés de la jambe ont été opérés au lieu d'élection, attendu qu'au dix-huitième siècle l'amputation sus-malléolaire n'était pas pratiquée : or l'amputation au lieu d'élection, plus grave que l'amputation sus-malléolaire, a certainement grossi, plus que ne l'eût fait celle-ci, le nombre des résultats funestes du traitement des luxations de l'astragale par l'amputation.

Les cinq ou six faits cités par M. Broca, de luxation de l'astragale sens dessus dessous, traités par l'extraction, ne suffisent pas pour faire admettre l'innocuité et les avantages de cette opération. Ces déplacements sont toujours d'un diagnostic difficile, et ne peuvent être compris sans l'existence de violences considérables, qui doivent produire de grands désordres et de longues suppurations. Ils doivent entraîner tôt ou tard l'amputation.

Un autre danger, non signalé jusqu'ici, réside dans la puissance que donne au chirurgien l'emploi du chloroforme dans les manœuvres de réduction des luxations. Les ligaments auxquels la puissance musculaire ne vient plus en aide se déchirent, et dans les cas de luxation de l'astragale, laissent cet os isolé à l'intérieur du membre et constituant un véritable corps étranger.

M. Chassaignac pense donc qu'il est utile d'appeler l'attention sur la conduite à tenir dans les cas graves de luxation de l'astragale.

M. BROCA partage l'opinion émise par M. Chassaignac sur les statistiques en général.

Il doit dire cependant que les statistiques continues ne sont possibles que pour des maladies communément observées par tous les chirurgiens. Les affections rares qui ne sont rencontrées que de loin en loin par quelques chirurgiens seulement, nécessitent forcément des statistiques entrecoupées, dont les éléments sont puisés soit dans les souvenirs souvent infidèles des praticiens, soit dans les archives de la science.

M. Broca a dépouillé les archives de la science sur le sujet en question; il a trouvé des statistiques dont il ne s'est pas servi; il a recherché et étudié les observations mêmes; il a compulsé tous les recueils parus depuis le dix-huitième siècle jusqu'en 1854, et il croit pouvoir affirmer qu'il possède tous les faits connus. L'état de la science sur ce point de chirurgie lui paraît donc assez avancé, mais l'état de la science n'est peut-être pas l'état de la vérité. Cependant, ce que les statistiques apprennent mérite encore quelque considération.

Comme l'a dit M. Chassaignac, le silence est gardé sur certains faits, tandis qu'une grande publicité est donnée à certains autres. Cette proposition, vraie en général, n'est plus aussi fondée lorsqu'il s'agit d'opérations; celles-ci ont tout autant de chances d'être publiées que de ne l'être pas.

Si donc, par exemple, il n'est mort que 10 malades sur 50 opérés de l'extraction de l'astragale immédiatement, ce chiffre 10 constitue déjà un minimum. Si un seul malade sur 25 opérés de l'extraction de l'astragale consécutivement a succombé, cette unité nous apprend que les choses sont moins graves ici que dans le cas précédent.

La considération émise par M. Chassaignac sur le lieu d'amputation de la jambe est très-sérieuse, en raison de la gravité moindre des amputations sus-malléolaires comparées aux amputations au lieu d'élection.

M. Chassaignac voudrait qu'on amputât dans tous les cas de luxation de l'astragale sens dessus dessous; mais reconnaîtra-t-il cette luxation spéciale? Ne s'est-il pas trompé deux fois de suite? En faisant une amputation, il s'exposerait à trouver une luxation différente de celle qu'il considère comme un cas d'amputation. Les luxations sens dessus dessous ne peuvent être diagnostiquées; le seraient-elles,

que la règle proposée par M. Chassaignac ne peut être acceptée. En effet, tous les cas connus de cette luxation ont été traités par l'extirpation de l'astragale soit primitive, soit consécutive, et ils n'ont pas donné plus de morts que les autres cas de luxation. Les déplacements sens dessus dessous ne sont pas plus graves pratiquement que les autres déplacements de l'astragale, bien que cet os puisse être considéré théoriquement comme un corps étranger qui doit être extirpé ou éliminé.

M. Broca résume son opinion en disant que la règle posée par M. Chassaignac ne peut être générale, et qu'elle n'est pas particulièrement applicable aux cas de luxations sens dessus dessous, ces luxations ne pouvant être diagnostiquées, et guérissant comme les autres par l'extirpation.

M. CHASSAIGNAC ne rejette pas la statistique de M. Broca, mais les matériaux dont elle est composée; précieuse en elle-même, elle n'a pas une grande portée au point de vue thérapeutique. Il n'est pas probable que les faits d'amputation aient été publiés plutôt que d'autres, comme le pense M. Broca ; car la désarticulation coxo-fémorale a été faite par bon nombre de chirurgiens de la Société, et ses résultats ont été passés sous silence ; certes, si l'un de nous eût obtenu un succès, il n'aurait pas manqué de le faire connaître.

Les cas que M. Chassaignac a présentés étaient bien certainement des cas qui nécessitaient l'amputation : l'un de ses malades, en effet, est mort d'épuisement ; l'autre, après dix-huit mois de traitement, ne peut marcher, et ne guérira que par l'amputation. Si l'un et l'autre de ces malheureux avaient été amputés immédiatement au-dessus des malléoles, l'un et l'autre auraient très-probablement guéri.

Le diagnostic des luxations sens dessus dessous deviendra possible quelque jour, puisqu'on est déjà sur la voie qui doit y conduire. M. Chassaignac attribue l'erreur dans laquelle il est tombé au long espace de temps qui a séparé sa seconde observation de la première ; il croit pouvoir dire qu'aujourd'hui il reconnaîtrait une luxation sens dessus dessous de l'astragale. Il maintient donc son opinion première, à savoir, que l'amputation dans les cas graves est préférable à l'extirpation.

M. MOREL-LAVALLÉE fait remarquer que les cas où la luxation de l'astragale a été suivie de gangrène ont guéri sans accidents. L'articulation tibio-tarsienne, dans ces cas, n'est pas ouverte, et ne communique pas avec l'air extérieur ; l'os se trouve interposé dans la perte de substance, et s'exfolie à mesure que la cicatrisation se forme

et comble la plaie des téguments. Il ne faut donc pas se presser d'opérer l'extirpation, afin de ne pas provoquer d'accidents qui pourraient plus tard obliger à amputer.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

Séance du 24 mai 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Luigi Porta, membre associé étranger de la Société de chirurgie, envoie un exemplaire du volume qu'il vient de publier sur la lithotritie, *Della litotrizia*; Milano, 1859, in-8°, avec 9 pl. in-fol.

— M. Brun-Sechand, de Limoges, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un exemplaire de son travail intitulé *De l'évidement des os*; Limoges, 1860, in-8°.

— M. le docteur Foucher se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. JARJAVAY. La pièce intéressante que nous a présentée M. Chassaignac dans la dernière séance, m'engage à vous entretenir un instant d'une pièce pathologique que je possède, et qui a une certaine analogie avec la lésion dont il a été parlé dans la dernière séance.

La pièce de M. Chassaignac présentait bien, à mon avis, non pas une luxation de l'astragale, mais bien, ainsi que l'ont fait remarquer nos honorables collègues MM. Huguier et Broca, un exemple de luxation du scaphoïde en haut, entraînant avec lui les trois premiers cunéiformes avec lesquels il s'articule. Il m'a paru que cette luxation avait été produite pendant une flexion forcée du pied sur la jambe; la luxation n'avait pu être complète qu'autant qu'une fracture s'était faite sur la partie postérieure des deux derniers métatarsiens.

C'est, en effet, ce que nous a présenté la pièce de M. Chassaignac. Quant à la lésion du calcanéum, elle n'est autre chose qu'un arrache-

ment de l'écorce de la partie inférieure de cet os par les muscles et l'aponévrose plantaire qui s'y insèrent.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter a été recueillie sur un sujet qui avait été porté dans mon laboratoire. L'extrémité antérieure du pied était relevée, la concavité de la face plantaire avait disparu. On sentait, au contraire, à sa place, un relief osseux. L'épiderme était épais au niveau de ce relief et annonçait que pendant la marche le poids du corps avait dû porter à ce niveau tout autant que sur la partie postérieure du calcanéum. Sur la peau de la face dorsale du pied était une cicatrice assez large et ancienne.

Voici la pièce préparée. Il est facile de reconnaître que sur ce pied qui est du côté droit, le calcanéum et l'astragale ont conservé leurs rapports normaux entre eux. Le cuboïde est légèrement descendu, sans abandonner toutefois le calcanéum. Le scaphoïde a été écrasé et ses débris ont été portés sur la partie interne du pied, en dedans do la partie antérieure de l'astragale. Quant aux cunéiformes, le premier est confondu avec les débris du scaphoïde ; le second et le troisième, fracturés, sont au-dessous du second et du troisième métatarsien. Les quatre derniers métatarsiens sont tous luxés en haut, et en contact, le quatrième et le troisième avec l'extrémité antérieure du calcanéum, grâce à l'abaissement du cuboïde que j'ai déjà fait remarquer ; le troisième et le second avec la surface articulaire de la tête de l'astragale ; le premier est confondu en arrière, par le travail de l'ossification, avec les débris du premier cunéiforme et du scaphoïde.

Ainsi, cette pièce nous présente, d'une manière générale, une luxation en haut des quatre derniers métatarsiens, avec un certain abaissement du cuboïde et un écrasement du cunéiforme et du scaphoïde.

Elle diffère donc de la pièce de M. Chassaignac, en ce que la luxation s'est faite dans la partie externe du pied, avec écrasement ou fracture des os de la partie interne, tandis que dans la pièce que nous a fait connaître notre honorable collègue, ces lésions étaient situées d'une manière inverse.

Le mécanisme a dû être le même dans les deux cas, c'est-à-dire dans une chute avec flexion forcée du pied sur la jambe. Seulement, chez le malade de M. Chassaignac, le poids du corps et la résistance du sol ont fléchi le pied, en concentrant leur action sur le bord interne du pied, tandis que dans le pied que voici, la puissance et la résistance ont principalement agi sur la partie externe. La luxation ici et là n'a pu se produire qu'à la condition d'écrasement ou de fractures dans la partie du pied opposée à la luxation.

Les détails que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer viennent à l'appui d'une question soulevée dans la dernière séance, et en faveur de laquelle se sont prononcés MM. Richard et Broca, à savoir qu'après ces graves lésions du pied, la guérison peut être obtenue et que les malades peuvent marcher tant bien que mal. La pièce que je soumets à votre examen en démontre la possibilité d'une manière évidente.

M. VERNEUIL. Je n'ai point pris part à la discussion qui vient d'avoir lieu sur les luxations de l'astragale, n'ayant sur ce point particulier aucune expérience personnelle ; mais il me paraît pourtant qu'en dehors des considérations nosologiques tirées de la position différente qu'occupent les os déplacés, considérations dont je ne songe à contester ni l'intérêt ni l'importance, il y a une question de pratique qui se pose tous les jours et qui n'est point résolue au moins dans mon esprit.

Les luxations des os de la première rangée du tarse se présentent à nous dans deux conditions principales essentiellement différentes. Tantôt les déplacements simples ou compliqués de fractures de voisinage restent entièrement sous-cutanés, le tégument restant intact. Tantôt, au contraire, la peau, surtout au niveau des malléoles, est déchirée plus ou moins largement, de sorte que l'articulation tibio-tarsienne, ainsi que le foyer des fractures malléolaires si communes en pareil cas, est largement en contact avec l'extérieur.

Le pronostic est bien différent dans les deux cas, et il est beaucoup plus directement influencé par l'état d'intégrité ou de déchirure de la peau, que par la direction de la fracture et la variété des déplacements. Le pronostic dans les deux cas est celui des fractures ou des luxations compliquées, mis en parallèle avec celui des fractures ou des luxations simples.

Le traitement doit être différent dans les deux cas.

Lorsqu'il n'y a pas de plaie, ou que celle-ci est fort étroite, on doit, ce me semble, réduire le déplacement et les fragments le plus tôt possible, et comme on peut; si on n'en vient pas à bout, appliquer les appareils convenables et puis prévenir et combattre les accidents de son mieux, mais en tout cas adopter l'expectation comme règle et ne point intervenir chirurgicalement.

Si, au contraire, les téguments sont largement déchirés, la réduction des os, la coaptation des fragments, sont loin d'assurer la réussite, et pour être retardée, l'explosion des accidents les plus graves est tellement fréquente, tellement terrible, que la perte du blessé est le

plus souvent à craindre; c'est pourquoi il faut se demander si l'expectation n'est pas ici une pratique funeste.

J'ai vu mourir plus ou moins tardivement tous les malades qui étaient affectés de cette manière, et chez lesquels la guérison avait été confiée aux soins de la nature ; mais pour ne parler que de ceux dont l'histoire est bien présente à ma mémoire, de ceux que j'ai soignés moi-même et qui m'ont suggéré les réflexions présentes, je rapporterai seulement les trois cas suivants ;

1° Jeune homme de 21 ans, belle constitution, reçu à l'Hôtel-Dieu pour une fracture des malléoles avec luxation du pied et large plaie transversale à la face interne de l'articulation du cou-de-pied : réduction satisfaisante, gouttière, irrigation continue, excellents résultats jusqu'au quinzième jour.

Je m'applaudissais tous les jours d'avoir conservé le membre, et je croyais fermement à un succès, tant l'état général et local était satisfaisant.

A cette époque, propagation lente mais continue de l'inflammation le long des gaînes et des interstices musculaires de la jambe : plusieurs incisions, des pansements soignés retardent, mais n'empêchent point la diffusion générale du pus jusqu'au voisinage du genou ; symptômes généraux concomitants de plus en plus graves. Je retarde toujours l'amputation. Je suis enfin forcé de la pratiquer à la cuisse dans les conditions les plus fâcheuses. Mort trois jours après, par la confirmation de l'infection purulente.

2° Homme de quarante-cinq ans ; forte constitution ; amené à Beaujon pour une fracture compliquée des extrémités inférieures du tibia et du péroné. L'extrémité inférieure du tibia, lors de l'entrée du malade, faisait issue à travers la peau dans l'étendue de quelques centimètres. Déplacement du pied en conséquence. L'interne de garde réduit.

Le lendemain, je trouve les choses en bon état ; la plaie est moins grande qu'on ne l'aurait supposé. — Gouttière de gutta-percha ; irrigation continue. Résultat primitif satisfaisant ; état général et local rassurant.

Le septième jour, tétanos débutant à six heures du soir, terminé par la mort onze heures après.

3° Homme de trente-cinq ans environ, pâle, faible, nerveux ; constitution débile. Chute d'un lieu élevé : fracture du radius gauche ; fracture présumée de la colonne vertébrale, avec paralysie incomplète des membres inférieurs et des sphincters ; contusions multiples à la

tête ; commotion cérébrale. Fracture compliquée des os du pied droit; plaie à la face plantaire, par laquelle est sortie une esquille assez volumineuse qui a été perdue, et dont on ignore la provenance. Plaie de 2 ou 3 centimètres au niveau de la malléole interne. La voûte du pied est effacée, et je diagnostique un écrasement du calcanéum, déviation médiocre du pied.

L'état du blessé est tel que je crois la mort prochaine. Cependant j'applique l'appareil à l'avant-bras, et place la jambe dans une gouttière. — Irrigation continue.

Tous les symptômes s'amendent peu à peu, et la vie semble renaître. Le foyer de la fracture du pied s'enflamme vers le douzième jour, et peu à peu l'infiltration purulente remonte, malgré la position, les incisions, etc. Je me décide, avant l'envahissement général du membre, à pratiquer l'amputation à la partie moyenne de la jambe.

L'autopsie de la région blessée montre que les deux malléoles sont brisées, et que les os du tarse, calcanéum, astragale, cuboïde et scaphoïde, sont brisés comminutivement en tant de fragments qu'on en aurait pu compter une centaine de tout volume, les uns libres, les autres adhérents par des lambeaux fibreux ; toute la plante du pied et la région tibio-tarsienne sont changées en une éponge purulente.

L'amputation fut bien supportée, et quoique un peu languissante, la cicatrisation suivit son cours sans accidents. Lorsque, un mois après, je quittai le service, la plaie était fort minime, la santé générale très-rassurante, le succès me paraissait certain. Deux jours après, à la suite d'un écart de régime, l'opéré mourut rapidement dans la nuit. On ne put expliquer cette terminaison. L'autopsie, par malheur, ne fut faite que très-imparfaitement.

Voici donc trois blessures analogues et trois morts. Un seul malade pensa échapper ; il l'aurait dû à l'amputation, car les désordres ne laissaient nul espoir de guérison spontanée.

Chez le premier, l'amputation fut évidemment beaucoup trop différée. Chez le second, je me suis reproché de n'avoir point fait la résection de la portion du tibia qui avait fait issue hors de la plaie, l'autopsie m'ayant montré que, en cas même d'absence d'accidents, l'os était dépouillé de périoste dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, et que nous aurions nécessairement plus tard un séquestre volumineux à extraire.

Quoique petite, cette série de trois faits aussi malheureux, rapprochée de nos souvenirs également peu favorables à l'amputation, cette série, dis-je, m'a fait beaucoup réfléchir, et la première fois que je

me trouverai face à face avec une fracture compliquée du cou-de-pied, j'avoue que mes perplexités seront bien grandes.

La chirurgie conservatrice est bien tentante, et je ne nie point qu'elle n'ait donné des succès ; mais je dirai ici ce que j'ai dit ailleurs, il ne s'agit pas de savoir *si elle sauve quelques blessés*, mais *combien elle en sauve;* et sur ce point encore la question se pose entre la chirurgie expectante et la chirurgie active.

J'adopte entièrement les bienfaits de la *chirurgie conservatrice*, à la condition expresse qu'elle *conserve le malade*. Ce qui rend peut-être l'expectation trompeuse, c'est que pendant les premiers jours, un ou deux septénaires, quelquefois plus, tout paraît aller pour le mieux. On s'applaudit de n'avoir pas opéré ; surviennent les accidents, ils marchent trop souvent avec une rapidité et une intensité telles, que les plus grands sacrifices restent sans profit.

Dans ces cas si graves, l'intervention active me paraît indiquée ; mais l'époque est incertaine. Peut-être convient-il d'agir dans les premières heures qui suivent le traumatisme. Peut-être faut-il attendre l'invasion du pus au delà du foyer de la fracture.

Puis il y a plusieurs opérations à faire. L'amputation s'offre d'abord à l'esprit. Mais ne pourrait-on pas tenter d'autres moyens conservateurs ? La résection de l'articulation, ou du moins l'extirpation des os luxés ? l'ablation des fragments mobiles, pratique qui est consacrée dans certaines fractures comminutives avec plaie siégeant dans la continuité des membres et dans l'attrition des articulations par les projectiles de guerre ?

Si la Société consent à déplacer la discussion et à la porter sur ce terrain voisin, elle rendra, je crois, un grand service ; car bien des praticiens comprennent et partagent peut-être mon indécision. Ma pratique est bien limitée, mais elle a été si désastreuse jusqu'à ce jour, que j'hésite beaucoup à marcher plus loin dans la même voie. Si chacun de vous, rappelant ses souvenirs et consultant ses notes, exposait, comme je viens de le faire, les résultats obtenus, on pourrait de la moyenne tirer quelques préceptes utiles surtout au bien des malades.

M. BROCA est d'avis que M. Verneuil se hâte trop de tirer des conclusions de faits dissemblables. Le premier cas qu'il nous a cité milite seul en faveur de son opinion ; les deux autres n'apportent aucune confirmation à sa manière de voir.

Pendant longtemps, et jusqu'à A. Cooper, l'amputation fut la pratique traditionnellement suivie pour les luxations compliquées et les

écrasements du pied. En 1825, ce chirurgien rassembla un grand nombre d'observations de succès dans les cas où, s'éloignant de la règle, on avait conservé le membre, et posa en principe que l'amputation devait être abandonnée. Cette pratique, depuis lors, a été acceptée, et ne peut être abandonnée sans que des faits nouveaux et en grand nombre ne viennent s'inscrire contre elle.

M. Verneuil aurait pu avoir des insuccès à la suite d'amputations pratiquées pour toute autre cause que des accidents traumatiques du pied, par cette raison que M. Verneuil a opéré dans les hôpitaux. Il faut tenir compte, en effet, de la différence qui existe entre la pratique des hôpitaux d'une grande ville comme Paris, et celle de la pratique privée, de la province et des campagnes. Les préceptes n'en sont certainement pas les mêmes. Il y aurait donc danger à formuler ici un jugement dont la portée pourrait retentir ailleurs.

M. Broca termine en rappelant que les amputations, quelles qu'elles soient, pour cause traumatique, sont toujours graves, et en maintenant que dans les cas dont on s'occupe aujourd'hui l'expectation n'est pas plus grave que l'amputation.

M. CHASSAIGNAC fait observer que les opinions émises par M. Verneuil et par lui n'ont rien d'absolu et comportent des réserves, mais que néanmoins les besoins de la pratique exigent qu'une solution soit donnée à la question en litige.

Les faits d'A. Cooper invoqués par M. Broca ne sont pas aussi probants qu'ils le paraissent. A. Cooper, en effet, en homme qui poursuit le triomphe de ses opinions, n'a rassemblé que des cas heureux et favorables.

Il faut tenir grand compte des lieux où l'on recueille les observations : n'est-ce pas en Angleterre qu'on voit réussir un grand nombre de résections du genou et de la tête du fémur, qui en France ne donnent que des résultats malheureux ?

Il y a très-certainement une conscience du milieu chirurgical où l'on exerce, qui nous avertit de ce qu'on doit attendre de certaines opérations et des résultats de la pratique.

Si chacun se remémore les phases successives des accidents qui nous occupent, on se rappellera que les premiers phénomènes qui les signalent ne présentent pas une grande gravité, que tout le monde est tenté de mettre en pratique l'expectation, mais que bientôt des fusées purulentes se déclarent, et que, si dès l'apparition des premiers symptômes fâcheux on ne s'est pas hâté d'amputer, on est obligé plus tard d'amputer très-haut et dans des conditions moins heureuses.

Les résultats signalés par M. Verneuil concordent parfaitement avec ceux que M. Chassaignac a observés.

M. VERNEUIL établit tout d'abord qu'il n'a pas encore tiré de conclusions des faits qu'il a cités. Leur valeur est plus grande cependant que ne l'a dit M. Broca, car le tétanos complique assez fréquemment les fractures graves du pied, et les écrasements de cet organe ne sont pas toujours reconnus.

S'il y a quelque danger à poser des préceptes qui ne seraient pas applicables à la chirurgie des campagnes et de la province, n'existe-t-il pas aussi quelque péril à laisser les chirurgiens des grands centres de population dans l'indécision sur la conduite à tenir en présence d'accidents semblables à ceux qui font le sujet de la discussion?

M. RICHARD affirme n'avoir jamais été obligé d'amputer pour des lésions traumatiques du pied ; il croit que l'expectation est la conduite la plus sage dans les cas de traumatisme envisagé d'une manière générale. Il a pu constater dans les trois cas suivants les résultats heureux de cette pratique :

Une femme de soixante-cinq ans eut le pied broyé en entier par la roue d'une voiture chargée de moellons. Un pansement par occlusion, solidifié par quelques attelles de carton, et levé à de longs intervalles ; un traitement et une alimentation toniques amenèrent une guérison rapide. Trois mois et demi après l'accident, la femme marchait à merveille.

Une dame eut un écrasement du pied avec luxation sous-astragalienne et déchirure de l'articulation tibio-tarsienne. L'amputation fut d'abord proposée, retardée, et enfin abandonnée ; le même traitement que dans le cas précédent fut mis en usage. Après dix-huit mois de soins signalés par l'extraction d'un grand nombre de portions d'os, cette dame marche aujourd'hui très-bien.

Un monsieur eut le pied broyé par un accident de voiture : il y avait en même temps fracture et luxation de l'astragale, et fracture de la malléole externe ; l'articulation tibio-tarsienne était ouverte. Le blessé refusa l'amputation immédiate, qui lui fut proposée ; il partit pour les eaux d'Allemagne après une longue série d'accidents. A son retour, il refusa de nouveau l'amputation, qui lui fut proposée pour la seconde fois ; on se borna à enlever l'astragale et le scaphoïde. Il est aujourd'hui guéri.

M. CHASSAIGNAC craint que l'on n'ait perdu de vue le point de départ de la discussion.

Il fait une grande différence entre les luxations compliquées de

plaies et les écrasements du pied. Les premiers accidents sont très-graves ; les seconds le sont moins ; il semble, dans ces derniers, que l'écrasement opère dans la profondeur des parties une sorte de débridement favorable à l'issue de la lésion.

Toute la question est de savoir quel est, comparativement, le chiffre des blessés qui succombent à la suite de l'expectation, et celui de ceux qui succombent après l'amputation immédiate.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BROCA présente une jeune fille de neuf ans, atteinte d'une tumeur située à l'angle de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur, dont le début remonte à quatre ans, est assez volumineuse, molle, fluctuante, indolente, et sans changement de couleur à la peau. M. Broca pensa tout d'abord que c'était un kyste ; mais après une exploration nouvelle, il est porté à croire que c'est une tumeur veineuse, comme Brodie et Wardrop en ont cité des exemples. Dans cette pensée, que confirment quelques-uns des signes particuliers des tumeurs de cette nature, et dans la crainte que la tumeur ne communique avec le système veineux du crâne, il se propose de faire une ponction exploratrice. Dans le cas où son diagnostic serait justifié, il appliquerait la galvano-puncture plutôt que l'injection de perchlorure de fer.

M. MOREL-LAVALLÉE a déjà vu des tumeurs analogues à celle que vient de faire voir M. Broca. Il pense que celle-ci est un kyste mou, incomplétement rempli et présentant quelque diverticulum ou des anfractuosités derrière la mâchoire et vers la cavité buccale. Ces conditions rendent parfaitement compte des phénomènes observés par M. Broca sur sa jeune malade. Mais de plus, on peut emprisonner le liquide contenu dans la tumeur, ce qu'on ne peut faire dans les tumeurs veineuses, et ces dernières présentent à la pression une assez grande résistance que celle-ci ne donne pas.

MM. CHASSAIGNAC et J. CLOQUET partagent l'avis de M. Broca.

M. BOINET rejette l'idée d'un kyste ou d'une tumeur veineuse, et pense que la tumeur est constituée par un lipôme en grappe.

— M. MARJOLIN met sous les yeux de la Société le genou d'un jeune homme de dix-huit ans, traité il y a quelques années à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une tumeur blanche, et chez lequel une plaie pénétrante de l'articulation avec arrachement des surfaces articulaires soudées depuis longtemps a nécessité l'amputation de la cuisse. Vu

l'heure avancée, M. Marjolin donnera dans une des prochaines séances, avec le complément de l'observation, la description des lésions observées.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 30 mai 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal, revient sur sa précédente communication, et il pense, comme M. Chassaignac, que, pour apprécier la gravité des lésions traumatiques qui portent sur l'extrémité du membre inférieur, il faut distinguer avec soin les écrasements du pied d'une part, et de l'autre les fractures de l'articulation tibio-tarsienne avec luxation et plaie. Les cas de la première catégorie sont évidemment moins graves ; et, comme M. Richard, M. Verneuil adopte le principe de la conservation comme très-général. Il a observé trois cas de ce genre, dont voici l'analyse :

1° Un homme adulte, très-bien portant et fortement constitué, reçut au printemps dernier une énorme barre de fer sur le dos du pied ; les téguments furent déchirés, contus, décollés dans une grande étendue. Le scaphoïde, et sans doute les cunéiformes, furent brisés comminutivement, car il sortit ultérieurement un bon nombre d'esquilles. Le pied gonfla beaucoup d'abord et suppura avec abondance. De larges lambeaux cutanés furent éliminés. A la longue cependant, la plaie se détergea. Les esquilles se détachèrent, et la cicatrisation, quoique lente, s'acheva. Au bout de trois mois environ, le malade put marcher avec une canne. Toutefois, l'œdème du pied et l'immobilité des articulations du tarse persistèrent longtemps, et n'étaient point dissipés complétement au bout de huit mois ; le blessé boitait encore et ne pouvait faire une longue marche. La cicatrice était solide, le pied un peu déformé par le raccourcissement de son bord interne. Cette observation a été recueillie à l'hôpital Beaujon.

2° Vers la même époque, M. Verneuil vit deux fois, avec M. le docteur Vivier, ancien interne des hôpitaux, un jeune homme qui avait eu le pied écrasé par un corps dur. Les désordres étaient effrayants.

Le pied était fendu longitudinalement depuis les orteils jusqu'au tarse. La fente répondait au deuxième espace inter-osseux. Plusieurs métatarsiens étaient fracturés. La peau, déchirée sur le dos du pied et à la plante, était décollée dans une grande étendue, et le sphacèle en avait détruit de larges lambeaux. Plusieurs articulations tarsiennes étaient dénudées et ouvertes. Le gonflement très-considérable et la rougeur remontaient jusqu'à la partie inférieure de la jambe; et la question d'amputation pouvait être et fut, en effet, agitée à plusieurs reprises. Toutefois, grâce à des pansements très-multipliés, très-soignés et variés suivant les indications, M. Vivier parvint à obtenir la cicatrisation de cette horrible plaie. C'est le plus beau triomphe de la chirurgie conservatrice qu'on puisse voir. Le malade, quoique peu riche, fut soigné chez lui. A plusieurs reprises il y eut des bouffées de phlegmon, d'angioleucite avec accidents généraux. Aux dernières nouvelles, le blessé commençait à marcher. La cure aura bien duré un an.

3° Un ouvrier du chemin de fer entra à l'hôpital Necker vers la fin de janvier de cette année. C'était un homme jeune et robuste. Quelques heures avant son admission, il avait eu le pied pris sous la roue d'un wagon. Il en était résulté une plaie des plus singulières. La peau qui recouvrait les trois premiers orteils et les articulations métatarso-phalangiennes correspondantes avait été nettement séparée du reste des téguments du pied et très-exactement arrachée des os sous-jacents. Ceux-ci n'étaient ni fracturés ni luxés. La séparation entre les parties molles et les parties dures était si exacte, que les os précités étaient aussi bien dénudés que pourrait le faire un habile anatomiste. Les ligaments et les tendons étaient restés adhérents avec leurs insertions intactes; aussi le malade exécutait-il tous les mouvements avec ce squelette et refusait-il opiniâtrément toute opération, prétendant qu'il n'avait rien de cassé. Le tégument qui recouvrait les autres orteils et la région métatarsienne sur les faces dorsale et plantaire était en plusieurs points contus et surtout décollé, comme cela s'observe si souvent au voisinage des plaies par arrachement.

Considérant que l'élimination des os dénudés serait très-longue, que les gaînes tendineuses s'enflammeraient nécessairement et propageraient l'inflammation jusque dans la profondeur du pied, que la peau décollée et contuse se sphacèlerait plus tard, j'étais résolu à pratiquer sur-le-champ l'amputation, soit dans la continuité du métatarse, soit dans l'articulation tarso-métatarsienne. Cependant, l'état général du malade était mauvais, il présentait les symptômes qu'on a décrits sous le nom de stupeur des blessés; la peau était froide, le

pouls petit et fréquent, l'intelligence obtuse ; puis je pris l'avis d'un de mes collègues, qui se prononça pour l'expectation. Je retranchai donc seulement les lambeaux cutanés qui pendaient çà et là, je liai deux petites artérioles, et j'établis une irrigation continue.

Dès le lendemain le malade était revenu à lui, et la réaction s'était établie ; mais les douleurs bientôt envahirent la plaie contuse ; elles étaient vives, presque incessantes, au point d'empêcher le sommeil, et, malgré l'irrigation, le pied commençait à montrer du gonflement avec rougeur et sensibilité au toucher. La peau montrait des dispositions à se gangréner ; l'état général était mauvais : agitation, inappétence, soif, langue sale.

Le quatrième jour, M. Follin et moi crûmes l'amputation nécessaire. Je redoutais, pour ma part, ou le tétanos, ou l'infection purulente, ou certainement pour le moins la diffusion rapide d'une inflammation phlegmoneuse. Je pratiquai la désarticulation de Lisfranc, et en plusieurs points mon couteau divisa des parties molles cutanées où la conservation de la vie était douteuse.

La réunion immédiate ne fut pas tentée. La plaie fut remplie mollement de charpie et les lambeaux rapprochés seulement ; compresses mobiles d'eau fraîche pour pansement. Il y eut un soulagement marqué pendant deux jours. Le sphacèle envahit quelques parties des lambeaux, mais se limita. Malheureusement survinrent le frisson, l'infection purulente, puis la mort au bout d'une semaine environ.

Je regrette de n'avoir pas pratiqué l'amputation immédiate et d'avoir différé jusqu'au quatrième jour, époque éminemment défavorable. J'ai eu confiance dans l'irrigation, qui est bien loin d'avoir au pied et, en général, au membre inférieur l'utilité et l'efficacité que tout le monde lui reconnaît au membre supérieur.

Voici donc six faits de traumatisme du pied et du cou-de-pied, et les résultats qu'ils ont donnés. Les cas de ce genre sont très-communs dans les hôpitaux, et il est bien à regretter, ajoute en terminant M. Verneuil, que nos collègues ne répondent pas à l'appel que je viens de faire, car il serait facile d'établir assez promptement une statistique approximative sur la gravité de ces accidents et d'en tirer des indications thérapeutiques.

— M. BROCA annonce qu'il a fait une ponction exploratrice dans la tumeur sous-maxillaire de la jeune fille qu'il a présentée dans la dernière séance ; il en a retiré environ une cuillerée à bouche de sang, paraissant provenir d'une cavité spacieuse, et sortant par jet sous la pression de la tumeur. Il se propose, comme il l'a déjà dit,

de traiter cette affection par la galvano-puncture, et tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau un exemplaire de son travail, intitulé *Des amputations consécutives à l'ostéomyélite dans les fractures des membres par armes à feu.* Paris, 1860 ; in-8°.

— M. Jules Roux fait don à la Société de chirurgie de 35 exemplaires de son mémoire sur la *Désarticulation de la cuisse.* Paris, 1860 ; in-8°.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Richard sur l'observation de M. Mourlon.

M. RICHARD résume en quelques mots la teneur de son rapport. Il a considéré comme rare le succès obtenu par M. Mourlon au moyen du cathétérisme forcé et pratiqué une seule fois pour une oblitération du point lacrymal supérieur, et il n'a trouvé de comparable à ce fait que celui cité par J. L. Petit.

M. GIRALDÈS ne partage pas l'avis de M. Richard ; les obstructions des points lacrymaux sont une affection commune, traitée dans tous les livres d'ophthalmologie et combattue par le cathétérisme depuis fort longtemps. J. L. Petit, qui en cite deux observations, pratiquait le cathétérisme avec un fil d'or ; les ophthalmologistes anciens et nouveaux indiquent tous cette opération, et Bohman, dans le XXXIVe volume des *Annales d'oculistique*, donne même la description d'un instrument de son invention, qu'il désigne sous le nom de canule-lancette pour couper l'obstacle oblitérateur.

M. RICHARD considère comme insuffisantes les observations de M. Giraldès.

La Société passe à l'ordre du jour.

— Une commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire vacante est formée, par la voie du vote, de MM. Larrey, Danyau et Cullerier.

RAPPORT.

M. BOINET lit un rapport sur un travail de M. Putégnat (de Lunéville) sur les maladies charbonneuses.

M. DEPAUL fait observer que M. Putégnat a été récemment élu membre correspondant de la Société, et qu'il n'y a pas lieu à la discussion du rapport de M. Boinet, en vertu de l'article 30 du règlement.

Plusieurs membres de la Société prennent la parole, les uns pour combattre, les autres pour appuyer l'opinion de M. Depaul.

La Société décide que M. Putégnat sera consulté sur la suite à donner à cet incident.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 6 *juin* 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LEGOUEST présente à la Société un militaire blessé le 24 juin 1859 à la bataille de Solferino.

Ce militaire a reçu deux coups de feu, l'un à l'épaule gauche, qui n'a fait que parcourir un long trajet sous la peau, l'autre à la cuisse gauche.

Tombé sur le champ de bataille, il fut foulé sous les pieds des chevaux et sous les roues des pièces de l'artillerie autrichienne battant en retraite.

On reconnut à l'hôpital de Crémone, où il fut transporté, que la balle qui avait frappé la cuisse était entrée vers le tiers supérieur et antérieur du membre, qu'elle était sortie par la fesse à la hauteur du bord supérieur de la grande échancrure sciatique, et qu'elle avait fracturé le col du fémur. Une vive inflammation de la racine du membre se déclara ; un vaste foyer purulent fut ouvert en arrière du grand trochanter, de nombreuses et volumineuses esquilles furent extraites, le membre fut placé dans la rectitude, les accidents se calmèrent, et le fémur est aujourd'hui parfaitement consolidé. Le membre gauche est plus court que le membre droit de 3 centimètres ; la hanche forme une saillie plus considérable ; le grand trochanter s'est rapproché de la crête iliaque ; le pourtour de l'articulation coxo-fémorale est empâté dans sa profondeur ; la cuisse ne peut se fléchir sur le bassin ni exécuter les mouvements de circumduction ; néanmoins le membre est en très-bon état, et offre un point d'appui solide au blessé.

A son entrée à l'hôpital de Crémone, il s'était plaint d'une douleur à l'épaule droite, sans éveiller l'attention du médecin traitant. Deux mois après, on s'aperçut qu'il avait une luxation sous-coracoïdienne qu'on s'efforça en vain de réduire. La luxation existe encore aujourd'hui ; elle permet les mouvements en avant et en arrière du bras ; le mouvement d'adduction est incomplet ; l'abduction volontaire est impossible ; l'abduction communiquée est facile. Somme toute, le malade tire un assez bon parti de son bras ; mais comme il est obligé de marcher avec des béquilles, il éprouve une assez vive douleur lorsqu'il s'abandonne sur l'aisselle droite, et il reporte presque tout le poids du corps à gauche.

La guérison de la fracture du col du fémur dont cet homme a été atteint est une nouvelle preuve à l'appui des opinions émises sur ce sujet par M. Legouest, à savoir ; qu'en pareil cas, la conservation du membre est préférable à l'amputation et guérit plus souvent.

Il fait remarquer en même temps que l'ostéo-myélite, dont il a été tant parlé récemment, est loin d'être toujours inévitable.

M. Legouest se demande s'il ne tentera pas d'obtenir la réduction de la luxation de l'humérus, et consulte ses collègues à ce sujet.

M. GIRALDÈS rappelle deux faits de sa pratique confirmatifs de l'avis de M. Legouest.

Pendant les journées de juin 1848, un jeune garde mobile reçut une balle dans l'épaisseur du grand trochanter. La balle fut extraite ; de violents accidents inflammatoires se déclarèrent, et mirent en question l'amputation ou la résection. Le malade était dans un état tellement grave qu'il fut considéré comme perdu ; il guérit néanmoins avec une ankylose de l'articulation coxo-fémorale.

Un autre blessé eut le fémur littéralement broyé à la partie moyenne par un coup de feu ; il se trouvait dans les plus mauvaises conditions ; néanmoins il n'a pas été atteint d'ostéo-myélite, et il a conservé son membre.

M. BOINET joint un troisième fait aux précédents. Un monsieur blessé à Nantes en 1830 d'un coup de feu qui lui fractura le col du fémur et détermina des accidents considérables, est aujourd'hui parfaitement guéri, et peut faire de très-longues courses à pied, malgré l'ankylose qui a suivi l'accident dont il a été atteint.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que les faits de conservation du membre en pareil cas sont assez communs pour que chaque chirurgien puisse en citer quelque exemple ; mais que la question de l'amputation ou de la non-amputation, que l'on peut considérer comme

jugée aujourd'hui, n'a été résolue avec autorité que par les statistiques nombreuses données par la chirurgie militaire sur les résultats obtenus à l'armée d'Orient.

Il pense que deux causes ont puissamment contribué à faire prédominer la conservation des membres après les coups de feu en campagne : d'une part, les statistiques qu'il vient de citer; de l'autre, la facilité des moyens de transport des blessés, et le perfectionnement apporté dans les appareils contentifs des membres.

M. ROBERT partage l'avis de M. Chassaignac. Depuis longtemps les opinions de Ribes et Larrey sur les amputations de la cuisse après des coups de feu sont controversées.

Il pense qu'on ne doit faire aucune tentative pour réduire la luxation humérale du malade présenté par M. Legouest, en raison de la violence qui a présidé à la luxation et des tentatives inutiles qui ont été faites deux mois après l'accident.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les livraisons 187 et 188 du *Journal de médecine* de la Loire-Inférieure.

— M. le docteur Leplé, aux Grandes-Ventes, adresse deux observations manuscrites intitulées : 1° *Plaie perforante de poitrine par arme à feu; guérison;* 2° *Rétention d'urine traitée et guérie par le galvanisme.* (Commissaires, MM. Chassaignac, Debout et Guérin.)

— M. le docteur Mirault (d'Angers), membre correspondant, adresse à la Société une observation d'extirpation de l'astragale, avec un moule en plâtre représentant l'état du membre avant l'opération. Cette observation sera lue dans la prochaine séance.

A propos de la correspondance, M. Bouvier communique une lettre de M. Debout, qui adresse à la Société un mémoire intitulé *Considérations pratiques sur le pied creux valgus accidentel, et son traitement par l'électricité localisée.*

M. Bouvier donne une courte analyse du travail de M. Debout.

Après avoir, dit M. Bouvier, exposé quelques généralités sur les contractions et leur traitement, M. Debout cite deux observations dont l'une lui est propre ; en voici le titre :

Pied creux valgus par contracture du long péronier latéral, consécutive à une deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu. — Electrisation du muscle antagoniste, guérison. — Troisième récidive du rhumatisme articulaire aigu, survenant un an après la cure. — Retour de la déviation du pied. — Essai infructueux d'un appareil

inamovible. — Nouvelle faradisation du jambier antérieur, guérison.

La deuxième observation est empruntée au mémoire adressé par M. Duchesne à la Société de chirurgie.

Sur la proposition de M. le président et sur la demande de l'auteur, le mémoire de M. Debout est renvoyé à titre de renseignements à la commission chargée d'examiner le travail de M. Duchesne. (MM. Gosselin, Richet et Bouvier.)

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit un rapport sur les travaux de M. Melchiori.

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Larrey, Houël et moi, d'examiner et de vous rendre compte des travaux adressés à la compagnie par M. le docteur Melchiori, chirurgien de l'hôpital de Novi, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les travaux dont nous avons à vous rendre compte comprennent dix brochures, en italien, sur plusieurs sujets de chirurgie et d'hygiène, etc., publiées dans les journaux de médecine, et notamment dans les *Gazettes médicales* des Etats sardes et de la Lombardie.

La diversité des sujets, la forme même de ces travaux, composés de séries ou de résumés d'observations recueillies soit dans l'hôpital, soit dans la pratique civile, rendent difficile la tâche du rapporteur. Il n'a pas, en effet, à s'occuper de l'examen d'un ensemble préparé dans le but de combler une lacune scientifique et de reculer l'horizon chirurgical; obligé de vous faire connaître chaque sujet, il se trouve dans la nécessité de vous exposer des considérations isolées, ne convergeant pas vers un but commun.

Dans une première section, je vous citerai deux brochures, sur l'hygiène et sur la pathologie. La première porte pour titre : *Osservazioni igieniche sulla trattura della seta in Novi;* Voghera, 1855.

La seconde, qu'on peut considérer comme le complément de la première, est intitulée : *Le malattie delle mane delle trattore di seta osservate in Novi;* Milan, 1857, *Annali universali di medicina.*

Dans le premier mémoire, M. Melchiori traite avec soin la question hygiénique touchant l'économie intérieure des diverses filatures de soie établies à Novi. La nature de ce travail n'entre pas dans le cadre ordinaire des occupations de la Société de chirurgie ; mais, d'une manière générale et au point de vue de la pathologie, il présente néanmoins un certain intérêt. Composé dans le but de faire

connaître l'état défavorable de l'organisation de ces filatures, l'auteur expose avec soin leurs mauvaises conditions hygiéniques, et en fait ressortir toutes les conséquences pour la santé des ouvriers.

La population de ces filatures comprend un très-grand nombre de femmes et d'enfants ; les premières s'y trouvent soumises à toutes les mauvaises conditions d'une vie sédentaire; exposées en outre toute la journée dans une atmosphère chaude, elles respirent un air vicié par les émanations de matières organiques décomposées; assises dans une position forcée, ces malheureuses ouvrières en souffrent toutes les conséquences; elles sont profondément atteintes de chloro-anémie. Indépendamment de cet état général, il se produit aussi des altérations locales : le contact continuel des mains avec l'eau de macération des cocons favorise le développement d'inflammations que l'auteur étudie avec beaucoup de soin dans la seconde brochure, intitulée : *Maladie des mains développée chez les tisseurs de soie.*

L'étude de ces modifications, de ces inflammations de la peau observées chez les ouvrières qui travaillent la soie, a été particulièrement étudiée par M. Polton (de Lyon), dans un mémoire adressé à l'Académie impériale de médecine en 1852 (1). Cette maladie est connue dans les fabriques lyonnaises sous le nom de mal des vers ou mal de bassine. Pour bien comprendre comment l'action incessante de l'eau et la manœuvre du dévidage produisent ces inflammations, il convient de rappeler quelques détails sur la manière dont se fait le dévidage.

Les cocons sont plongés dans une bassine remplie d'eau chaude, placée sur un banc près de chaque ouvrière ; les fils qui s'y détrempent et s'y désagrégent sont liés et réunis par la fileuse. Ce contact, ce passage incessant des fils, les mains étant toujours plongées dans l'eau de la bassine altérée par la dissolution des matières organiques des cocons, a pour résultat de gonfler, de ramollir l'épiderme, de dénuder les surfaces du derme.

Le travail de la veille est continué le lendemain ; le derme, à peine couvert d'un mince épiderme, est de nouveau dénudé. Sous l'influence incessante des mêmes causes, il se développe des inflammations et des gerçures dans les plis des articulations et autour des ongles.

---

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852. Rapport de M. Patissier.

M. Melchiori étudie avec beaucoup de soin toutes ces modifications, qu'on peut résumer ainsi :

1° Ramollissement de l'épiderme et dénudation du derme.

2° Irritation et inflammation de l'organe cutané.

A ces deux phases de la maladie en succède une troisième. L'inflammation, loin de se borner, se propage et se continue au derme, dans le tissu cellulaire, dans les aponévroses, dans les tendons et dans le périoste ; elles sont suivies de suppurations circonscrites ou étendues, de nécroses des tendons et des phalanges, et quelquefois d'adénites graves.

Dans un livre publié à Padoue en 1713, *De morbis artificium diatribe,* Ramazzini réunit en corps de doctrine les diverses maladies occasionnées par l'usage des diverses professions. Ce chapitre, que l'industrie moderne a beaucoup élargi, fait complétement défaut dans nos traités classiques, lacune d'autant plus regrettable, qu'elle prête à des considérations intéressantes, et qu'elle fournit des éléments importants dans la pratique chirurgicale. Il serait temps, il serait peut-être urgent que les auteurs de pathologie chirurgicale voulussent y donner quelque attention, et qu'en esquissant la description des maladies, ils fussent moins enclins à répéter des erreurs qui se transmettent sans contrôle de génération en génération, et qu'ils voulussent bien regarder au delà du périmètre de leur demeure.

Une troisième brochure, imprimée à Milan en 1853, dans la *Gazette médicale* de la Lombardie, est intitulée : *Della ritenzione innocua della placenta nell'aborto, annotazioni pratiche.*

Une autre brochure, extrait de la *Gazette médicale* des Etats sardes, *Di alcune lesioni traumatiche della colonna vertebrale, osservazioni.* Dans ce travail, l'auteur réunit six observations de lésions traumatiques de la colonne vertébrale : trois luxations, dont deux sans fracture de la région sacro-lombaire ; ces deux faits ont été cités déjà, et analysés par M. Malgaigne dans son *Traité des fractures et des luxations* ; ce professeur les considère comme donnant la démonstration de la possibilité d'une luxation traumatique de la colonne vertébrale sans fracture. M. Melchiori cite encore dans le même travail un cas d'arrachement de la première vertèbre cervicale sur la seconde, survenue dans les circonstances suivantes :

Une jeune fille, âgée de seize ans, ouvrière dans une filature de soie, fut prise par son fichu autour d'un cylindre mu par la vapeur, et, entraînée dans plusieurs mouvements de rotation, la mort fut immédiate.

L'autopsie montra que la première et la seconde vertèbre avaient été arrachées et séparées l'une de l'autre.

Les faits d'arrachement de diverses parties du corps ne sont pas rares dans les grandes fabriques. Sans rappeler lo fait de Samuel Wood, raconté dans tous les livres de chirurgie et d'autres analogues, je citerai deux faits qui pourraient être placés à côté de l'observation de la jeune fille de Novi.

De la Vacherie, professeur de l'université de Liége, a publié deux observations d'arrachement complet de la peau du crâne chez des ouvrières, dont les cheveux avaient été pris et roulés autour d'un cylindre de mécanique.

M. Melchiori cite encore une observation de fracture de l'atlas et de l'apophyse odontoïde chez une femme âgée de soixante-six ans, et produite dans les circonstances suivantes : Cette femme, en descendant une échelle, le dos appuyé contre les barreaux, perdit l'équilibre et tomba en avant, les pieds tenus dans les barreaux de l'échelle; la chute porta la tête sur le cou, à la manière d'un balancier; la mort eut lieu sur le coup. En relevant le cadavre, la tête roulait sur les épaules, comme une jambe de polichinelle. L'autopsie a montré qu'il s'était produit à la fois une fracture avec arrachement de l'atlas et de l'apophyse odontoïde.

Une cinquième brochure intitulée *Rassegna dei casi più importanti di chirurgia osservati nel civico spedale di S. Giacomo di Novi*. Ext. du journal *Liguria medica*, Gênes, 1856.

Ce travail comprend le résumé de 30 observations de hernies de toutes sortes. Au nombre des faits cités, il en est deux sur lesquels j'insisterai un moment et que M. Melchiori désigne sous le nom de hernie à double sac. Sous cette dénomination, il comprend cette espèce de hernie décrite pour la première fois en 1770 par Hey (1) sous le nom de *hernia infantilis*.

Cette hernie, ainsi qu'il a été établi devant la Société de chirurgie par les observations de notre collègue M. Morel et les miennes, est celle qu'on observe le plus ordinairement chez les enfants en bas âge. Bien que dans ces cas l'intestin hernié descende assez bas dans le scrotum et s'y trouve quelquefois séparé de la tunique vaginale seulement par une faible épaisseur, on ne peut pas les regarder, avec M. Melchiori, comme des hernies à double sac. Cette désignation ne peut

---

(1) Benj Gooch, *The chirurgical works*, t. II, p. 217. Hey, *practical ob in surgery*, 3e éd. 1814, p. 237.

être appliquée qu'aux faits analogues à ceux cités par M. Prescott Hervett (1), dans lesquels l'intestin, enveloppé par un sac formé par l'épiploon, se trouvait dans la cavité ordinaire.

L'espèce de hernie que M. Melchiori appelle à double sac offre cependant un intérêt réel. Il peut se faire que la tunique vaginale, remplie de sérosité, se développe devant le sac herniaire, le masque complétement et devienne la cause de quelques difficultés pratiques.

Je citerai encore un cas de blessure de l'artère obturatrice dans une opération de hernie crurale. Des faits de ce genre deviennent tous les jours de plus en plus rares, depuis surtout qu'il est bien établi que le siége principal de l'étranglement dans les hernies crurales a lieu dans les aponévroses de l'entonnoir crural, et nullement dans la ligament de Gimbernat; c'est en voulant débrider ce ligament que l'artère a été blessée.

Dans un autre travail : *Operazione del fimosi, annotazioni,* imprimé en 1851, extrait de la *Gazette médicale* des États sardes, M. Melchiori préconise un procédé d'opération qui dans quelques cas pourrait trouver son application.

Voici, en résumé, en quoi consiste ce procédé :

Après avoir incisé le prépuce, il excise la muqueuse en grande partie, et réunit ensuite, à l'aide de serre-fines, la peau avec la membrane muqueuse restante.

Une autre brochure : *Incrostazione calcare della vaginale del testicolo; tumore fibro-plastico dell' albugineo fungo del testicolo arrecato nel canal inguinale, strappamento d'ambedue; i testiculoli operativi da un parvo,* 1852, extrait de la *Gazette médicale* des États sardes, contient quelques observations d'hématocèle de la tunique vaginale, avec dépôt de matière calcaire, ou peut-être même de cholestérine, dans les parois de cette tunique.

Un autre travail intitulé : *Ritenzione del sangue menstruo per atresia della vagina,* Milan, 1855, extrait de la *Gazette médicale* de la Lombardie, contient l'observation détaillée de rétention du sang des règles, observée chez une jeune fille de dix-sept ans. Les faits de rétention des règles par oblitération, par atrésie du canal vaginal, sont parfaitement connus : néanmoins, dans des faits de cette nature, chaque observation présente quelques particularités dont il est bon de tenir compte dans la pratique.

---

(1) *Medi.-chir. transactions,* vol. XXVII, 1844.

J'ai à indiquer une autre brochure sous forme de lettre : *Caso di extirpazione di tumore sotto-pubico assieme a tutta l'uretra in una donna*, extrait de *Lettera al Dag. Bertani*, extrait de la *Gazette médicale* de la Lombardie, 1854.

L'auteur y expose longuement un cas de tumeur placée dans la région sous-pubienne, et qu'il a été obligé d'enlever avec l'urèthre, autour duquel cette tumeur s'était développée. Ce fait semble se rattacher à ces espèces pathologiques si bien décrites et mises en pleine lumière par notre collègue M. Huguier (1), dans son beau mémoire sur l'esthiomène de la vulve.

La dernière brochure de M. Melchiori dont nous avons à vous rendre compte, et sur laquelle nous insisterons davantage, a pour titre : *Dell' volvolo dell' S iliaca,* extrait des *Annali universali di medicina,* Milan, 1859.

Ce travail mérite tout votre intérêt. Les questions de pratique chirurgicale soulevées par l'auteur, la solution qu'il en propose, demandent que le rapporteur de votre commission l'examine avec une sérieuse attention.

Il est question des étranglements internes par la torsion de l'S iliaque. Les étranglements internes, si l'on croit les relevés du docteur Brinton (2), sont plus communs qu'on ne le croit généralement. Si l'on accepte les données fournies par cet auteur, il les aurait trouvées 280 fois sur un relevé de 1,200 autopsies.

C'est à l'occasion de deux faits d'étranglement interne que M. Melchiori a été conduit à faire quelques recherches, et qu'il a essayé de résoudre ce problème épineux, à savoir : Quels sont les moyens qu'il faudra employer pour détruire la constriction intestinale?

Je vais résumer les deux faits qui sont, pour ainsi dire, la base de ce travail.

Obs. I. — Un paysan, âgé de quarante-cinq ans, d'une taille moyenne, bien constitué, était sujet depuis six mois à des coliques accompagnées de ballonnement du ventre et de constipation. Cet accident cédait à l'emploi de l'huile d'olive à l'intérieur, et à des fomen-

---

(1) Huguier, *Mémoire sur l'icthiomène ou dartre rongeante de la vulve* (*Mém. de l'Académie de médecine*, t. XIV).

Eberhard et Jung, *De pseudoplasmatis quibusdam in nymphis, etc., et in clitoride, etc.*, Bonn, 1851.

(2) *Lectures; the Lancet*, 1859.

tations émollientes ; une expulsion de gaz et de selles fétides mettait fin à cet état. La persistance de ces souffrances rendait le malade irritable et morose ; il attribuait ces indispositions aux aliments dont il faisait usage, aliments composés en grande partie de bouillie de maïs, de pommes de terre, etc.

Le 15 avril 1858, après avoir fait un repas copieux et bu une grande quantité d'eau, il fut pris de coliques. Il resta jusqu'au 17 au matin, c'est-à-dire deux jours pleins, sans recevoir aucun secours médical, employant seulement les moyens dont il faisait usage d'ordinaire. Malgré l'emploi de ces moyens, les coliques persistèrent, et son ventre se ballonna de plus en plus ; c'est alors qu'il fit venir un médecin. On le saigna ; on lui fit prendre de l'huile de ricin, qui fut rejetée bientôt par les vomissements qu'elle provoqua.

Le mal fit des progrès, et le patient mourut le 18, c'est-à-dire soixante-huit heures après le commencement de la maladie. Dans l'intervalle qui a précédé la mort, il n'y avait pas eu de selles, point de vomissements, à peine quelques hoquets. Le malade a été en proie à des souffrances très-vives, à une agitation très-grande produite par la distension considérable de l'abdomen.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le ventre est énormément distendu par des gaz ; l'épigastre fait relief au-dessus des fausses côtes. Les parois de l'abdomen incisées mettent à découvert une anse intestinale d'une couleur noirâtre, excessivement dilatée, partant de la région iliaque gauche, allant gagner la région du diaphragme ; sa longueur mesure 0,95, et sa circonférence, 0,40. Cette anse intestinale, ainsi dilatée, refoule et comprime les autres viscères ; son sommet se loge au-dessous des fausses côtes. On constate qu'elle est formée par l'S iliaque du côlon. Le côlon descendant dilaté se réunit à l'S iliaque au niveau de la symphyse sacro-iliaque. On constate de plus que l'S iliaque a fait un tour complet de rotation sur lui-même, ce qui a produit l'*étranglement*.

En faisant exécuter à l'anse intestinale un mouvement en sens inverse, on défaisait complétement cette torsion. Le reste du gros intestin était dilaté, sans égaler néanmoins le volume de l'S iliaque. Les parois de l'intestin étranglé sont rouges, épaissies, congestionnées, et les matières qu'il renferme sont amassées dans le point qui correspond à la torsion.

L'estomac est comprimé ; le diaphragme est refoulé dans la poitrine ; les poumons sont fortement congestionnés.

Obs. II. — Un paysan, âgé de trente-neuf ans, bien constitué, souffrait depuis cinq ans de coliques accompagnées de ballonnement du ventre ; cet état disparaissait après qu'il rendait des gaz par l'anus.

Le 19 octobre, après un repas copieux de viande de porc, il fut pris de coliques très-violentes, accompagnées de distension du ventre.

Le lendemain, il prit de l'huile d'olive, et fit pratiquer des fomentations émollientes sur le ventre, tout cela sans aucun résultat.

On le saigna le 20.

Le lendemain 21, il fit appeler un médecin. Celui-ci, trouvant le ventre très-distendu, et voyant que le malade avait des envies fréquentes d'uriner, crut qu'il avait affaire à une rétention d'urine, le sonda sans retirer beaucoup de liquide, et l'envoya alors à l'hôpital comme atteint de cystite.

Le malheureux malade, après avoir souffert beaucoup dans le trajet, arriva dans un état alarmant, le ventre très-distendu, et pouvant à peine respirer. La surface de l'abdomen présentait dans certains points un relief plus marqué de la région iliaque gauche vers l'ombilic et la région épigastrique.

La tension des parois du ventre était plus forte à la région iliaque gauche. Depuis deux jours il n'y avait pas eu de selles, point de vomissements ; il avait rendu l'huile d'olive au moment où il l'avait prise ; il avait eu quelques hoquets, et surtout une agitation très-vive et un étouffement très-marqué. Il succomba soixante-quatre heures après l'apparition du mal.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le côlon, très-distendu, mesure 0,34 centimètres de tour. Il se trouve logé sous les fausses côtes.

En repoussant le diaphragme vers la poitrine, l'S iliaque décrit un cercle mesurant 0,76, et l'intestin mesure 0,33 de circonférence. Ce cercle intestinal s'étend de la région hypogastrique à la région ombilicale, et comprime tous les autres viscères. L'anse intestinale est roulée, contournée sur elle-même comme dans le fait précédent, et on défait cette torsion en lui faisant exécuter un mouvement en sens inverse.

Voilà donc deux malades chez lesquels la mort est survenue en très-peu de temps : en soixante-huit heures chez le premier, et soixante-quatre chez le second.

Par suite de la même cause : par un étranglement intestinal produit par une torsion de l'S iliaque ; ces deux malades succombèrent tous les deux de la même manière, non plus aux accidents inflamma-

toires ordinaires aux étranglements, mais bien par l'asphyxie produite par la distension considérable du ventre.

Devant ces deux faits à peu près identiques, M. Melchiori s'est demandé si cette torsion de l'S du côlon n'avait pas été en partie favorisée par quelque disposition anatomique.

Après avoir examiné un certain nombre de cadavres, il constata que cet intestin présente, en effet, des variétés nombreuses, ainsi que Buchanan l'avait déjà signalé; que l'S iliaque est souvent déplacé, rendu libre et flottant par la longueur de son mésentère, disposition propre à favoriser la torsion de l'intestin. En poursuivant ses recherches, il rencontra sur un cadavre une torsion *post mortem* de l'S iliaque; il en profita pour étudier le mécanisme des étranglements, et pour mieux se rendre compte de ce qui s'était passé chez ses deux malades.

Pour cela, M. Melchiori institua l'expérience suivante :

Après avoir introduit un tube dans l'intestin côlon, il l'insuffla; à mesure qu'il se distendait, il constata que la torsion intestinale se serrait davantage et mettait obstacle à la sortie de l'air. Après avoir acquis un certain volume et s'être dégagé du bassin pour monter dans la cavité de l'abdomen, l'intestin, cédant à l'impulsion de l'air, tourna brusquement sur lui-même, et fit disparaître la torsion.

M. Melchiori recommença l'expérience; cette fois, au lieu de la faire à ciel ouvert comme précédemment, il chercha à remplacer la pression des parois de l'abdomen par une toile placée convenablement de façon à se rapprocher autant que possible de l'état normal. Les choses ainsi disposées, il recommença l'insufflation : tout se passa comme la première fois; seulement l'intestin, soutenu par la pression des parois artificielles, au lieu de tourner sur lui-même et de faire la torsion, continua au contraire à se développer, à monter dans l'abdomen, en serrant de plus en plus le nœud formé par la torsion intestinale. Il était bien démontré que la résistance des parois de l'abdomen, contre lesquelles appuyait l'intestin distendu, était la cause qui empêchait le mouvement de rotation en sens inverse, mouvement nécessaire pour détruire la torsion de l'intestin.

Si on veut maintenant se rappeler combien sont nombreuses les variétés anatomiques de l'S iliaque du côlon, on comprendra aisément combien leur connaissance est importante au point de vue pratique. Ces variétés sont tellement fréquentes, qu'on peut presque affirmer qu'une fois sur quatre l'S du côlon n'affecte pas la disposition classique; pour le dire en passant, c'est cette grande variété de dispo-

sitions anatomiques qui a induit en erreur un de nos collègues, chirurgien habile et observateur sagace, au point de lui faire considérer comme normales certaines variétés de l'S du côlon, ce qui lui a fait donner le conseil de pratiquer chez les enfants imperforés l'opération de Littre du côté droit plutôt que du côté gauche.

Pour faire encore mieux sentir combien il est important de bien connaître ces variétés anatomiques, il me suffira d'ajouter que la plupart des étranglements internes par torsion intestinale s'opèrent surtout dans le gros intestin, et notamment dans l'S du côlon. Afin de justifier cette assertion, il importe avant tout de bien établir quelle est la proportion relative des divers étranglements. Si l'on accepte les données fournies par M. Brinton, nous trouvons les résultats suivants :

Sur 600 autopsies d'obstructions intestinales, 43 p. 100 appartiennent aux invaginations ;

31 1/2 aux étranglements par brides et adhérences ;

17 1/2 à ceux occasionnés par rétrécissement des parois ou compression par tumeurs ;

Enfin 8 aux torsions intestinales.

Par cet exposé, on peut voir que l'étranglement par torsion est cependant l'espèce la plus rare. Cette circonstance doit être prise en considération, car elle pourra permettre d'arriver, par une analyse minutieuse des divers symptômes, à quelques données pratiques.

Les étranglements par torsion des intestins sont sans doute les plus rares ; cette rareté néanmoins est peut-être moins grande que ne le laisseraient supposer les auteurs qui en ont parlé dans ces derniers temps.

Après quelques recherches, j'ai réuni sans peine dix observations, et ce chiffre aurait été dépassé si le temps m'avait permis de pousser plus loin mes investigations. Dans ces dix observations l'étranglement a toujours été le résultat d'un enroulement de l'S iliaque du côlon, et dans ces dix cas les malades ont toujours succombé dans un espace de temps très-court, par la distension considérable du ventre et par l'asphyxie qui en est la suite, sans qu'ils aient présenté les symptômes inflammatoires ordinaires des étranglements.

Il est temps maintenant de vous faire connaître la série de moyens proposés par M. Melchiori, dans le but de parer à un aussi redoutable accident.

Il établit d'abord en principe qu'il est nécessaire, indispensable, de

s'opposer par tous les moyens à l'accumulation des gaz, à la distension de l'intestin.

On se rappelle, en effet, que dans les expériences citées on voyait l'étranglement, la constriction de l'intestin augmenter à mesure qu'on poussait de l'air dans sa cavité. Enlever les gaz accumulés dans l'intestin est donc une indication rationnelle et qu'on doit s'efforcer d'accomplir. L'intervention de la chirurgie est donc indiquée.

Pour remplir cette importante indication, M. Melchiori conseille de ponctionner l'intestin avec un trocart délié et d'évacuer par cette opération le fluide emprisonné, et en même temps d'exciter l'intestin par des douches froides poussées par le rectum. Dans le cas où la ponction ne suffirait pas, il donne hardiment le conseil de recourir à la *gastrotomie.*

Devons-nous hasarder témérairement, dit Hevin, des opérations dangereuses, dont la réussite serait présumée possible dans quelques cas seulement, si elles ne peuvent pas être soumises à des indications assez positives, pour que l'abus involontaire qu'on en ferait ne fût pas plus préjudiciable que les avantages qu'on pourrait en retirer par hasard ?

En donnant le conseil de recourir à la gastrotomie, dans le but d'arriver par une manœuvre des mains à défaire le nœud formé par la torsion intestinale, M. Melchiori ne se préoccupe pas assez d'établir les conditions dans lesquelles, l'espèce d'étranglement par torsion étant reconnue, le chirurgien doit s'abstenir ; il se préoccupe encore moins de chercher les signes à la faveur desquels il pourrait être possible de reconnaître qu'on a affaire à un étranglement de cette espèce, ayant son siége dans l'S iliaque. Or cette double condition domine toute la pratique, car sans elle on pourrait dire avec Hevin (1), en partant de la gastrotomie : « Ce procédé fatal à l'humanité ne sera plus cité sous le nom d'opération, lequel offre naturellement une idée de secours et de bienfaisance (2). »

Voici comment M. Melchiori conseille de procéder : évacuer d'abord par une ponction à l'aide d'un trocart les gaz accumulés dans l'intestin ; pratiquer ensuite une incision à la partie inférieure de la ligne blanche, ramener au dehors l'anse intestinale, que la ponction préalable a dû affaisser ; introduire ensuite le doigt dans la plaie, afin

(1) Hevin, *Mémoires de l'Académie de chirur.*, t. IV.

(2) Hevin, *loco citato.*

de reconnaître la place de l'étranglement et le sens dans lequel s'est opérée la torsion, afin de la défaire, en faisant exécuter à l'intestin un mouvement en sens inverse ; détruire avec le doigt les brides plastiques qui se seraient formées depuis l'accident.

Tout cela est net, simple et facile à dire, mais bien difficile à exécuter. Notre auteur ne se borne pas là, il va plus loin ; dans le cas où l'anse intestinale serait altérée, si on peut supposer qu'elle doit tomber en gangrène, il conseille alors de l'inciser, de la vider de son contenu, et de vider seulement le gros intestin par des pressions sur l'abdomen, de la rattacher ensuite et d'invaginer le côlon avec le rectum, conseil téméraire, qui recule un peu loin les bornes de la hardiesse du chirurgien.

Après ce qui vient d'être énuméré, on peut se demander si dans un cas d'étranglement par torsion intestinale, l'art doit demeurer désarmé.

« Dans des temps où l'art de guérir était moins éclairé par le flambeau de l'anatomie qu'il ne l'est aujourd'hui ; dans des temps où la chirurgie était encore dans l'enfance ; dans des temps, enfin, où l'artiste travaillait presque dans l'obscurité, sans guide et sans modèle, l'opération de la gastratomie fut proposée et pratiquée, comme un moyen extrême à la vérité, dans le traitement de la pression iliaque.

» Aujourd'hui, plus éclairée, la chirurgie, et surtout la chirurgie française, laisserait-elle proscrite une opération salutaire dans quelques circonstances, et condamnerait-elle irrévocablement à la mort un malheureux atteint de l'accident dont nous parlons ?

» Quoi ! par une imitation servile, par un respect que j'ose appeler superstitieux pour les décisions de nos ancêtres, l'art et l'artiste resteraient spectateurs bénévoles des souffrances et de la mort qui accompagnent toujours les étranglements de cette espèce ? Non ; qu'on se rappelle que dans ce cas la nature est sans moyens, que la mort est certaine, et que l'art, porté au point de perfection où il est aujourd'hui, peut triompher de tous ces dangers, en pratiquant une simple incision pour aller dégager la portion de l'intestin étranglée. »

Ce passage, que nous empruntons à Fages, semble s'adapter parfaitement à notre sujet (1).

Il faut se rappeler, en effet, que tout individu chez lequel s'est pro-

(1) *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VII, p. 49. **Fages**, *Obs. sur une espèce particulière de hernie interne*, etc.

duit un étranglement interne par torsion de l'S iliaque est voué à une mort certaine ; qu'il succombera à tous les accidents asphyxiques occasionnés par cette distension énorme des parois du ventre, par la tension et le refoulement du diaphragme.

Il n'y a donc pas à se faire illusion ; il faut renoncer à ces moyens médicaux, qui, trompant les assistants sans résultat, font perdre un temps précieux, et poser nettement la question de savoir si l'on a affaire à un de ces étranglements où la chirurgie doit intervenir... C'est donc une question de diagnostic. Si l'on est appelé avant que les accidents inflammatoires se développent, s'il est possible de reconnaître l'espèce d'obstruction, si l'on a la conviction que l'accident est produit par la torsion de l'S iliaque, il faut intervenir. Avec M. Melchiori, on ne doit pas hésiter à ponctionner l'intestin, opération peu dangereuse, et qui soulage beaucoup le malade.

Il faut enfin se décider à pratiquer la gastrotomie, essayer de défaire la torsion. Mais toutes les fois que l'accident date de plusieurs jours, s'il existe une péritonite bien accusée, la gastrotomie est une opération inutile. Quand bien même le chirurgien serait assez heureux pour défaire en totalité la torsion intestinale, il aurait contre ses tentatives l'état général de l'opéré, la péritonite, qui fera échouer tous ses efforts.

En terminant, je dirai que le conseil donné par M. Melchiori de retrancher l'intestin, d'invaginer le côlon dans le rectum, n'est ni acceptable ni discutable. Je ne crois donc pas engager beaucoup la responsabilité de la Société de chirurgie en disant qu'elle repousse une telle proposition.

Dans le résumé que j'ai l'honneur de vous présenter, j'ai essayé de vous faire connaître l'ensemble des sujets traités dans les travaux adressés à la Société par notre confrère de Novi.

Je viens maintenant, au nom de la commission, vous proposer de vouloir bien inscrire le nom de M. le docteur Giovanni Melchiori, chirurgien en chef de l'hôpital de Novi, dans la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Ces conclusions sont adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente une tumeur érectile du volume d'un œuf de pigeon, qu'il a enlevée de la partie postérieure du cou d'un jeune enfant.

Traitée déjà par le caustique, cette tumeur avait récidivé. M. Chassaignac la traversa à sa base d'aiguilles, au-dessous desquelles il passa un fil pour former un pédicule, et l'enleva avec l'écraseur. L'opération dura vingt-cinq minutes, et ne provoqua pas le moindre écoulement de sang.

M. BROCA fait voir une tumeur de la grosseur d'une noisette, développée depuis deux ans et demi dans le troisième espace inter-osseux de la main droite, chez une fille de vingt ans.

La tumeur était située sous les tendons qu'elle soulevait, peu mobile, mais néanmoins indépendante. Elle fut facilement énucléée. La plaie se cicatrisa immédiatement.

La surface de la tumeur est inégale, et présente de petites tumeurs surajoutées : l'intérieur est coloré de marbrures jaunes sur un fond gris.

La composition de la tumeur, examinée par M. Broca, lui a fait voir qu'elle ne renfermait que des myéloplaxes.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

Séance du 13 juin 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Huguier fait don à la Société d'un exemplaire de son *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. Paris, 1860 ; in-4° (230 pages et 13 planches).

— M. Houel, récemment nommé agrégé à la Faculté de médecine, fait don à la Société de sa thèse de concours, intitulée *Des tumeurs du corps thyroïde*. Paris, 1860 ; in-4°.

— M. Boinet fait don à la Société d'un exemplaire de son mémoire intitulé *De l'alimentation iodée*. Paris, 1860 ; in-8°.

— M. Depaul fait don à la Société des deux ouvrages suivants :

1° *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte*. Paris, 1860 ; in-8° ;

2° *Rapport sur les vaccinations pratiquées en France en* 1857. Paris, 1860 ; in-8°.

Dans ce dernier travail, M. Depaul a consigné le résultat de ses recherches sur l'origine de la vaccine. Il a essayé en particulier, soit sur lui-même, soit sur des enfants, l'inoculation du liquide des *eaux aux jambes*. Ces inoculations ont donné des résultats entièrement négatifs.

— M. le professeur W. Boeck (de Christiania), membre correspondant de la Société de chirurgie, fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Auzias-Turenne, la seconde livraison du grand ouvrage qu'il publie en collaboration avec le professeur Danielssen (de Bergen). Cet ouvrage, publié en norvégien avec texte français en regard, dans le plus grand format in-folio, est accompagné de magnifiques planches coloriées. Il est intitulé *Recueil d'observations sur les maladies de la peau*. Christiania, 1860; in-fol.

— M. Auzias-Turenne fait hommage à la Société des deux ouvrages suivants :

1° *Sur le traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée*. Paris, 1860; in-8°;

2° *Correspondance syphiliographique*. Paris, 1860; in-8°.

— M. Larrey fait don à la Société de 25 thèses de chirurgie soutenues par divers auteurs.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes informe la Société de chirurgie qu'il lui accorde une nouvelle allocation pour l'année 1860, en témoignage de l'intérêt qu'il porte à ses travaux.

— M. Verneuil présente à la Société un manuscrit de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant; ce mémoire, intitulé *Observations pour servir à l'histoire des régénérations osseuses*, sera lu dans une prochaine séance par le secrétaire général.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. le docteur QUESNOY, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles, présente un malade et une pièce pathologique; il lit les deux observations qui se rattachent à sa présentation. L'une est intitulée *Luxation du pied avec complication; fracture du péroné; amputation de la jambe au lieu d'élection;* l'autre : *Luxation du pied avec esquilles; fracture du péroné; guérison.*

M. Legouest est nommé rapporteur de ces deux observations.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA met sous les yeux de la Société la reproduction en plâtre d'une luxation de l'astragale adressée par M. Mirault (d'Angers).

Il donne lecture de l'observation qui s'y rattache, et que nous publions ici.

Luxation de l'astragale, compliquée de déchirure des téguments et de fracture de la malléole externe. — Louis D..., maçon, âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution saine et vigoureuse, travaillait à la construction du château de Jallais (Maine-et-Loire), lorsqu'il tomba d'une hauteur de trente-huit pieds sur un terrain déclive et couvert de matériaux. Tout le poids du corps, accéléré par la chute, porta sur le pied gauche ; l'astragale fut luxé, le péroné fracturé au-dessus de la malléole, et les téguments furent déchirés dans l'étendue de 10 lignes au-dessous de la malléole interne.

Un rebouteur, fameux dans le pays, entreprit cette cure. Aidé de quelques ouvriers, il fit des tractions sur le pied et enveloppa l'articulation dans un bandage, après avoir annoncé aux assistants que tout était remis en place.

L'appareil resta appliqué durant vingt-cinq jours, sans qu'on le levât une seule fois. De temps en temps on l'imbibait d'un mélange d'huile et d'eau-de-vie. Dans cet espace, les douleurs furent très-vives ; le malade eut de la fièvre et délira, dit-on, à plusieurs reprises. Le pus avait traversé les linges du pansement et répandait une forte odeur.

Le vingt-sixième jour depuis l'accident, et sur les instances du blessé, l'appareil fut enfin levé. On trouva le pied rouge, tuméfié, douloureux, et très-difforme. La plaie était fongueuse et de mauvais aspect. Dans les jours qui suivirent, trois abcès se formèrent et s'ouvrirent dans son voisinage.

Le quarante-cinquième jour, D... se fit transporter à Angers. C'était le 3 juillet. Il fit aussitôt appeler un médecin, qui conseilla l'amputation de la jambe et ne revint pas chez le malade.

Le 9 juillet, cinquante et unième jour, le docteur Grille et moi fûmes réunis en consultation auprès de ce malheureux ouvrier. Nous constatâmes les lésions indiquées ci-dessus. Le pied et la malléole externe étaient si fortement renversés en dehors, qu'ils formaient, à peu de chose près, un angle droit avec le côté externe de la jambe ; la malléole interne, fort saillante, surmontait un vide dans lequel la peau s'enfonçait, quand on la pressait avec le bout du doigt ; plus bas et plus en avant, se voyait la tête de l'astragale embrassée par la déchirure des téguments, qui s'était agrandie par l'ulcération de ses bords. Indépendamment de cette plaie, le pourtour de l'articulation présentait quatre orifices fistuleux, dont trois en dedans et le qua-

trième en dehors, au niveau de la fracture du péroné ; le cou-de-pied avait plus que doublé de volume ; les mouvements spontanés ou communiqués étaient douloureux, mais d'ailleurs très-bornés, tant à cause du déplacement des os, que par suite de l'induration des tissus et de l'état des muscles, dont les uns étaient distendus, tandis que les autres étaient rétractés. L'état général du sujet était mauvais : perte d'appétit, amaigrissement, face pâle et altérée ; épuisement des forces par la souffrance et l'abondance de la suppuration ; fièvre et quelquefois délire la nuit.

Le pronostic nous parut très-grave, et nous ne vîmes d'abord d'autre ressource que l'amputation. D... s'y refusa, aimant mieux mourir que d'être à charge à sa famille. Cependant, vaincu par la douleur et l'ennui, et n'entrevoyant plus pour son mal d'issue favorable, il finit par la demander lui-même. Mais alors un mois s'était écoulé, l'appétit avait reparu ; les forces étaient moins abattues ; la suppuration de meilleure nature ; l'astragale plus mobile. Ces heureux changements nous déterminèrent à proposer l'extraction de l'astragale ; ce qui fut accepté avec joie par le malade, qui y vit l'espoir de conserver son membre et sa vie.

Le 9 août, assisté de mon honorable confrère et de deux étudiants en médecine, j'agrandis par une incision cruciale l'ouverture de la peau, dans laquelle s'était engagée la tête de l'astragale, et par la dissection des quatre lambeaux je mis cet os à découvert dans une grande étendue. Alors je l'explorai avec le doigt, et je trouvai, contre mon attente, que c'était la face inférieure de l'astragale, et non sa poulie articulaire, qui se présentait du côté interne de l'articulation. L'extraction de cet os ne fut pas difficile, attendu que les trousseaux ligamenteux qui l'unissent normalement au calcanéum s'étaient rompus dans la chute. Toutefois, au moment où j'achevais de la séparer en arrière, je divisai l'artère tibiale postérieure, qui fut aussitôt liée à l'aide d'une aiguille courbe.

L'astragale extrait, nous procédâmes à la réduction du pied. Il fallut employer de grands efforts, qui causèrent de vives douleurs ; encore ne parvînmes-nous point à ramener complétement le pied dans la direction de la jambe. Les tissus indurés, et surtout les muscles péroniers rétractés, opposèrent une grande résistance. La malléole externe, dont la fracture était encore mal consolidée, se laissa briser facilement et fut ramenée à sa place. Cette manœuvre n'avait pu s'exécuter sans qu'il s'ensuivît une déchirure des téguments au niveau de l'angle rentrant formé en dehors par la jambe et le pied dévié. Cette

nouvelle plaie, de 10 lignes d'étendue environ, laissait voir les tendons des deux péroniers latéraux fortement tendus. Nous comptâmes sur le pansement pour achever la réduction. A cet effet, après avoir rempli de charpie le vide laissé par l'astragale, j'appliquai une attelle externe et un coussin de balle d'avoine, qui, replié sur lui-même à son extrémité inférieure, poussait le pied de dehors en dedans et tendait à le redresser. Enfin, le membre fut soumis à l'irrigation continue, moyens qui furent continués jusqu'au 3 septembre, c'est-à-dire pendant vingt-cinq jours.

A partir de ce moment, la perte de la dernière partie de cette observation m'oblige à la compléter à l'aide de mes souvenirs et des procès-verbaux de la Société de médecine d'Angers, à laquelle elle fut communiquée le 5 septembre 1836, et à laquelle le malade fut présenté plus tard.

Vers le milieu de septembre, reconnaissant que les appareils étaient insuffisants pour réintégrer le pied dans sa rectitude naturelle, je pris le parti de faire la section des deux tendons des péroniers, opération qui, véritablement, changea la face des choses ; car à partir de cette époque, il me devint facile, tant par des manipulations que par le pansement, de faire disparaître l'attitude vicieuse du pied.

A la fin de novembre toutes les plaies étaient cicatrisées ; le malade appuyait la plante sur le sol par toute son étendue, et quoique les mouvements fussent bornés, le malade put marcher d'abord avec des béquilles, et plus tard en s'aidant seulement d'un bâton ; encore aurait-il pu se passer de cet appui, si ce n'eût été la fatigue. Chose plus remarquable, la difformité du pied n'était pas bien prononcée, non plus que la claudication.

M. CHASSAIGNAC pense que l'observation de M. Mirault n'a aucun rapport à la question agitée, et ne peut servir à prendre des conclusions pour ou contre l'amputation. M. Mirault s'est contenté de détacher l'astragale déjà isolé par la suppuration ; il n'a fait que remplir une indication générale.

Amputation de Chopart ; section du tendon d'Achille. — M. BOUVIER présente sur ce sujet les considérations suivantes :

Une malade, dit-il, a été présentée à la Société, le 28 mars, par notre collègue M. Huguier, qui a pratiqué avec succès, chez cette jeune fille, l'amputation de Chopart, accompagnée de la section du tendon d'Achille. Il m'a paru de quelque importance de revenir sur l'appréciation de ce fait et sur les conséquences qu'on en peut tirer.

Depuis soixante-dix ans que l'amputation de Chopart a été décrite, elle n'a pas encore acquis complétement droit de domicile dans la science et dans la pratique. Vous en savez le motif ; c'est la difficulté de s'opposer à l'élévation consécutive du talon, élévation qui, en faisant porter le moignon sur l'extrémité antérieure du calcanéum, rend la marche plus ou moins pénible, ou même impossible.

Cet inconvénient a été signalé dès les premières applications du procédé de Chopart. « J'ai trois fois pratiqué, dit M. A. Petit, l'amputation partielle du pied. Le dernier malade est mort... V. A... guérit... et marche aujourd'hui très-solidement... Ant. Billet, enfant de quatre ans, guérit plus rapidement encore. Une charrette lui ayant écrasé le pied, je fus obligé de l'amputer au delà de l'insertion du muscle jambier antérieur..., de sorte que le talon, livré à l'action de tous les muscles extenseurs, ne reposait plus sur le sol au moment de la guérison, ce qui me détermina à couper le tendon d'Achille et à faire cesser ainsi l'action funeste des muscles qui n'avaient plus d'antagonistes (1). »

En 1815, M. Villermé faisait connaître, d'après des observations de Ribes, le résultat fâcheux que l'amputation de Chopart avait eu, sous ce rapport, chez une vingtaine d'invalides, qui n'avaient bien marché, après la guérison, que pendant quinze mois ou deux ans.

A une époque plus rapprochée de nous, en 1844, M. Stanski, publiant la suite d'une observation rapportée par notre collègue M. Laborie, concluait de ce fait et de l'examen anatomique du moignon que l'on devait renoncer à cette opération (2).

Plusieurs chirurgiens ont professé depuis une opinion semblable, et l'on en est encore aujourd'hui à se demander s'il faut conserver, dans la pratique, l'amputation médio-tarsienne.

M. Chassaignac a bien fait voir à la Société de chirurgie un opéré de Blandin, qui, après seize ans écoulés depuis que l'amputation lui avait été faite, marchait encore avec facilité (3). M. Baucher paraît de son côté avoir obtenu un résultat analogue sur un malade

---

(1) M. A. Petit, *Discours sur les maladies observées dans l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant neuf années*, prononcé en 1799 et imprimé avec la *Médecine du cœur*, du même auteur.

(2) Voy. Laborie : *Des amputations partielles du pied*, dans *les Annales de chirurgie*, t. IX, et Stanski : *Observation d'une amputation de la jambe, etc.*, dans la *Gazette médicale*, année 1844, p. 528.

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. V, p. 276, et t. VI, p. 408.

dont il a communiqué l'observation à la Société anatomique il y a quelques années. Mais il faut avouer que ces faits sont peu communs dans les annales de la science ; la plupart des cas cités comme des exemples de succès n'ont point été observés assez longtemps, ou ne sont point assez détaillés pour pouvoir être nettement appréciés. Les cas d'insuccès bien constatés sont, au contraire, assez nombreux ; ils peuplent les hospices d'Incurables, comme ils peuplaient les Invalides du temps de Ribes. C'est à Bicêtre que M. Malgaigne a retrouvé un opéré de Richerand, qui, après treize ans d'efforts longtemps infructueux, était parvenu à se traîner péniblement, malgré la pression du poids du corps sur l'extrémité antérieure du calcanéum (1). C'est à la Salpêtrière que notre collègue M. Verneuil a recueilli le fait qu'il vous a communiqué d'une autre amputation de Richerand, suivie d'impossibilité absolue de marcher (2).

Les modifications proposées dans la manière de tailler les lambeaux au dos du pied et à la plante, afin de prévenir le renversement du talon, ont sans doute leurs avantages ; mais elles se sont montrées insuffisantes pour parer à l'inconvénient qui nous occupe.

La section du tendon d'Achille peut-elle conduire plus sûrement au but ?

Les effets de cette section dans les diverses sortes de pied équin jettent quelque jour sur cette question.

Toutes les fois qu'après la guérison du pied équin par la ténotomie, les muscles antérieurs ou fléchisseurs du pied restent paralysés ou beaucoup plus faibles que les extenseurs, ceux-ci se rétractent de nouveau et reproduisent l'équinisme, à moins que, par des moyens de prothèse, on ne supplée pendant toute la vie au défaut d'action des fléchisseurs.

On voit, dans d'autres cas, un accident tout opposé : les extenseurs restent trop faibles, trop allongés après la ténotomie ; ce sont les fléchisseurs qui prédominent, et il se produit une difformité en sens contraire, une flexion exagérée, permanente, un talus. Cela arrive surtout quand, par trop de flexion, on a trop écarté les bouts du tendon, et que les muscles fléchisseurs conservent une certaine énergie.

Il serait à désirer qu'on pût obtenir un pareil talus au moyen de la section du tendon d'Achille, quand le pied est réduit, par l'amputation de Chopart, au calcanéum et à l'astragale.

---

(1) *Journal de chirur.*, t. II, p. 58, 1844.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 192.

Malheureusement le moignon est généralement dans les conditions des pieds équins à muscles antérieurs paralysés, et l'analogie porte à penser qu'en dépit de l'écartement produit entre les bouts tendineux, la rétraction de la cicatrice qui les unit, la contraction incessante du muscle lui-même, qui n'est pas contre-balancée par celle de ses antagonistes, doivent entraîner peu à peu le talon en haut, comme dans la récidive des pieds équins avec paralysie des fléchisseurs.

Il faudrait d'ailleurs, pour donner au moignon la position du talus, l'emploi d'une puissance mécanique capable de relever fortement son extrémité antérieure; or, les longues compresses, les bandelettes agglutinatives, conseillées dans ce but, ne produisent qu'une flexion médiocre, et les moyens mécaniques proprement dits sont ici d'une application fort difficile.

Aussi l'expérience a-t-elle été jusqu'à présent peu favorable à la ténotomie pratiquée pour remédier à l'élévation du talon, après l'amputation de Chopart.

Le fait de M. A. Petit est rapporté trop sommairement pour que l'on puisse en rien conclure.

Le fait qui appartient à notre collègue M. Larrey est beaucoup plus complet.

Le récit de notre éminent collègue finit par ces mots : « Il y a aujourd'hui plus d'un an que la petite opération a été faite, et rien n'en a compromis le succès; le pied soutient assez bien le poids du corps dans la marche et la station, sans le secours même d'un béquillon (1). »

M. Malgaigne, qui avait pratiqué l'amputation, et qui retrouva plus tard le malade à Bicêtre, a donné la suite de cette observation. Alors, «le moignon, dit-il, appuyait surtout par sa partie antérieure, et le talon était reporté en haut et en arrière (2). » M. Malgaigne insiste sur la difficulté de la marche et sur les souffrances causées par les différentes bottines essayées par le malade. Il répète que « le talon est porté en arrière et un peu en haut, » qu'il « ne porte pas sur le sol. Si le malade essaye de s'appuyer sur ce talon seul, le moignon se fléchit de manière à reporter le poids du corps sur l'angle antérieur et externe du calcanéum. »

M. Malgaigne eut recours à M. F. Martin, qui, comme vous le savez, a réussi, dans d'autres cas, malheureusement imparfaitement

(1) *Annales de chirurgie*, décembre 1841.
(2) *Journ. de chir.*, t. II.

connus, à faire marcher passablement les sujets à l'aide d'un appareil prothétique (1). On parvint, après bien des tâtonnements, à rendre la position du malade plus supportable. La fin de l'observation porte qu'il « marche assez vite...., se rend de Bicêtre au Parvis Notre-Dame en cinq quarts d'heure, » en s'appuyant sur un bâton, dont il peut se passer quand il se promène dans les cours.

Sans aucun doute, le malade se trouvait, en définitive, dans une situation bien meilleure que celle où M. Larrey l'avait trouvé ; mais on ne peut voir dans ce fait la preuve que la section du tendon d'Achille fasse disparaître complètement l'inconvénient capital de l'amputation de Chopart, et cet homme eût peut-être mieux gagné sa vie et n'eût peut-être pas été réduit à entrer à Bicêtre, si on lui avait amputé la jambe au lieu du pied. Aussi, M. Malgaigne lui-même ne voit-il là qu'un « triste résultat » de l'opération qu'il avait préférée.

La section du tendon d'Achille ne paraît pas avoir eu un succès plus complet entre les mains de MM. Velpeau, Jobert, Nélaton, Robert et autres. Jamais on n'a converti l'équinisme du moignon en une disposition comparable au talus ; on n'est arrivé qu'à placer le calcanéum à angle droit sur la jambe, et la persistance de cette bonne direction, pendant un long temps, n'est démontrée, que je sache, par aucun fait bien constaté.

Plusieurs fois, au contraire, la rétraction a récidivé comme dans les pieds équins avec paralysie des fléchisseurs et omission ou insuffisance de la prothèse consécutive à la ténotomie. En effet, à défaut d'une action convenable des fléchisseurs, à défaut des moyens prothétiques, qui n'ont pas assez de prise sur le moignon pour lutter avec avantage contre les extenseurs, il faudrait pouvoir paralyser le triceps sural, anéantir ou du moins affaiblir considérablement ses contractions, pour prévenir un nouveau renversement du talon après la cicatrisation du tendon.

Mais il y a plus : MM. Stanski (2), Robert (3), Verneuil (4), ont fait voir que le triceps sural n'était pas la seule cause de l'ascension du talon après l'amputation de Chopart. Les muscles profonds de la ré-

---

(1) F. Martin, *Sur les appareils prothétiques des membres inférieurs*, Paris, 1850.

(2) *Gazette médicale*, année 1844, p. 528.

(3) *Des amputations partielles et de la désarticulation du pied*, thèse de concours, 1850.

(4) *Bulletin de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 386.

gion postérieure de la jambe, ceux de la région externe, qui reprennent une nouvelle insertion au calcanéum, tendent incessamment à se raccourcir et à abaisser l'extrémité antérieure de cet os, dont le mouvement de bascule est en partie le produit de leur rétraction. Il faudrait donc pouvoir diviser aussi ces muscles et même une partie des ligaments, que M. Stanski a également trouvés rétractés, pour remédier complétement au renversement du talon. M. Verneuil assure même n'avoir pas observé, en pareille occurrence, la rétraction du triceps sural, dont la section eût été sans effet dans les cas qu'il a eus sous les yeux. M. Sédillot avait déjà nié l'utilité de cette section, parce que, suivant lui, l'élévation du talon est due à d'autres causes qu'à l'action des extenseurs (1). Quoi qu'il en soit, les faits anatomiques que je viens de rappeler sont une nouvelle pierre d'achoppement dans cette application de la ténotomie.

Sera-t-on plus heureux en pratiquant, comme l'a fait notre collègue M. Huguier, une sorte de ténotomie *préventive*, en divisant le tendon d'Achille en même temps que l'on ampute le pied ?

Blandin a déjà pratiqué une fois cette double opération; mais c'est parce que le pied malade était en même temps équin ; on manque de renseignements précis sur le résultat définitif qu'il a obtenu.

Les conditions fâcheuses qui ont nui au succès de la ténotomie dans les cas que j'ai rappelés subsistent en partie dans cette nouvelle manière de procéder. Le triceps sural, une fois réuni, doit toujours l'emporter sur les fléchisseurs. Les muscles profonds, longs fléchisseurs des orteils, jambier postérieur, les péroniers, pourraient conserver plus de longueur que dans les cas ordinaires, si le moignon était maintenu dans une forte flexion pendant le travail de cicatrisation; mais j'ignore jusqu'à quel point la chose a été possible chez la malade de M. Huguier, et d'après le peu de flexion actuelle du moignon, il est à craindre que ces muscles n'offrent la même brièveté qu'à l'ordinaire et que leur rétraction ne s'ajoute à celle du triceps sural. A la vérité, ces rétractions ne se sont pas manifestées jusqu'ici ; mais le fait ne datait que de quinze mois, et l'on sait que le renversement du talon peut se montrer plus tard encore.

Je crois donc qu'il est prudent d'attendre, avant de se prononcer sur la valeur du procédé suivi par notre habile collègue. De nouvelles observations donneront sans doute un jour une solution plus complète des questions que je n'ai fait qu'effleurer ici.

(1) *Bulletin de la Société de chir.*, t. IV, p. 187.

M. HUGUIER remercie M. Bouvier de ses observations ; il ignorait, comme beaucoup de monde sans doute, que la section du tendon d'Achille ne donnait que des résultats temporaires. Il fait remarquer que sa malade a été opérée il y a un an et demi, et que les résultats s'étant maintenus néanmoins, elle peut être considérée comme guérie.

Aussi ayant eu l'occasion de faire de nouveau une désarticulation de Chopart il y a quinze jours, a-t-il pratiqué séance tenante la section préalable du tendon d'Achille.

A la suite de la première opération, il a placé le talon directement sur sa face postérieure, de façon à faire basculer le calcanéum en avant, afin de s'opposer au renversement du moignon en arrière.

Cette position, supportée facilement, a suffi pour obtenir le résultat qu'il se proposait : il a cru cependant devoir l'assurer davantage par l'action d'une grande bandelette de diachylon, appliquée de manière à fléchir le moignon en avant. La plante du pied de la malade est dirigée de bas en haut et d'arrière en avant.

En présence du renversement du moignon, M. Bouvier ne tendrait à rien moins qu'à faire abandonner l'amputation de Chopart ; mais heureusement, tous les opérés ne sont pas atteints de cet inconvénient, que la section préalable du tendon d'Achille rend moins fréquent. Il serait possible aussi de paralyser l'action des muscles profonds postérieurs, soit en coupant très-haut leurs tendons dans les gouttières ostéo-fibreuses, soit en cherchant à provoquer leur adhérence avec ceux de la partie antérieure de la jambe, conservés très-longs dans un lambeau de grande étendue. Ces modifications indiquées depuis longtemps par les chirurgiens permettraient de garder dans la pratique l'opération de Chopart, dont les résultats immédiats sont des plus satisfaisants.

M. BAUCHET communique les résultats qui lui sont demandés par M. Bouvier sur le malade qu'il a opéré.

Ce malade, amputé dans l'articulation de Chopart, en 1853, il y a sept ans, sans section préalable ni consécutive du tendon d'Achille, marche parfaitement sur le talon, et se sert de son membre aussi bien que possible.

M. DECÈS fils (de Reims) lit une observation de cataracte noire.

M. MIQUEL (de Tours) met sous les yeux de la Société un lit mécanique et des brayers de son invention. (Commissaires, MM. Bauchet, Legouest et Huguier.)

M. CHASSAIGNAC présente deux malades :

1° Un jeune enfant opéré par lui depuis un an d'un bec-de-lièvre compliqué. L'opération, pratiquée trois semaines après la naissance, a beaucoup réduit la largeur de la fente palatine;

2° Une jeune fille de onze ans, atteinte d'un pied valgus creux, provoqué par la rétraction du muscle long péronier latéral, à l'exclusion de tous les autres muscles. Cette jeune fille sera opérée dans quelques jours.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 20 juin 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Lenoir, un de ses membres fondateurs.

Il donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie aux obsèques de M. Lenoir.

Messieurs et chers collègues,

Chargé dans ce jour de deuil de porter la parole au nom de la Société de chirurgie, je viens m'acquitter de ce pieux devoir avec toute la reconnaissance d'un élève, avec toute la douleur d'un ami.

Vous tous, chers collègues, amis ou élèves, qui environnez cette tombe et qui souffrez de cette perte prématurée, vous tous qui avez connu et aimé Lenoir, vous devez comprendre par l'émotion que vous ne pouvez contenir que dans ces moments de trouble c'est à peine si le cœur peut épancher librement sa tristesse. Plus tard, une voix plus éloquente devra redire au sein de la Société les titres scientifiques de notre excellent collègue, et vous faire connaître les travaux que la maladie l'empêcha de terminer; mais aujourd'hui, en présence de ces restes inanimés, notre tâche ne doit-elle pas être de chercher à atténuer la douleur d'un frère, d'une famille, en rendant un hommage public à ses qualités, à son caractère, et en vous disant en peu de mots par quelle voie honorable notre collègue avait su mériter, outre

une si juste considération scientifique, l'estime et l'amitié de tous ceux qui le connaissaient?

Adolphe Lenoir, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, chevalier de la Légion d'honneur, l'un des membres fondateurs de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, naquit à Meaux en 1802. Ses premières études furent dirigées par un oncle, recteur de l'Académie d'Amiens et auteur d'une traduction estimée de Juvénal.

Après avoir commencé la médecine dans sa ville natale, sous la direction de M. Houzelot père, chirurgien en chef de l'hôpital, il vint à Paris et se fit recevoir externe des hôpitaux. Quant au titre d'interne, il le répétait souvent, ce ne fut qu'à force de travail et de persévérance qu'il l'obtint. Enfin, cette nomination si désirée arriva, et en 1828 il obtint la première place de la promotion. Les années de son internat se passèrent successivement à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital du Midi, à la Pitié et à Beaujon, et ce fut dans ce dernier hôpital qu'il devint l'un des élèves les plus affectionnés de mon père. A partir de ce moment, son maître, qui avait su si bien apprécier toutes ses qualités, ne cessa de chercher l'occasion de lui être utile dans sa carrière, comme il l'avait fait pour tant d'autres de ses élèves; et, disons-le aussi, il trouva dans Lenoir un cœur reconnaissant et un attachement sincère.

Successivement nommé au concours aide d'anatomie, prosecteur, agrégé de l'Ecole et chirurgien des hôpitaux, pendant plusieurs années il ne cessa de faire, à l'Ecole pratique, en collaboration avec son ami et collègue M. Michon, des cours d'anatomie et de médecine opératoire.

Ces cours étaient fort suivis et avaient un caractère tout spécial. En effet, ils ne consistaient pas seulement dans le simple exposé des procédés opératoires, mais surtout dans l'appréciation de leur valeur et dans l'indication des cas où ils devaient être de préférence adoptés. En un mot, pour me résumer, c'était la révélation de l'esprit et du jugement d'un maître essentiellement praticien qui se manifestait dans son enseignement.

Pendant son agrégation, Lenoir remplaça plusieurs années dans leurs chaires de clinique MM. Cloquet et Sanson; et dans ces occasions, il prouva hautement que lui aussi était bien digne d'occuper une place dans cette Ecole dont il avait été l'un des élèves les plus marquants.

Dans une autre circonstance, chargé de faire, en l'absence de

M. Moreau, le cours d'accouchements réservé aux élèves sages-femmes, il conçut alors la pensée de publier un *Traité complémentaire d'accouchements*. Cet ouvrage remarquable, dont la première partie seule a paru, et dont les autres sont très-avancées, fut malheureusement souvent interrompu par la maladie. En effet, qui d'entre nous a été plus éprouvé que notre malheureux collègue? A plusieurs reprises atteint de phlébite à la suite de piqûres, il vit ses jours sérieusement menacés. Mais ces atteintes, malgré leur gravité, nè furent rien en comparaison de la maladie cruelle dont il a souffert pendant près de quatorze ans, et à laquelle il a fini par succomber. Malgré ces douloureuses épreuves, jamais le courage ne l'abandonna; il continua toujours son service à l'hôpital Necker, où il a laissé tant de souvenirs, et deux fois il prit part aux concours ouverts pour des chaires de médecine opératoire à la Faculté.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur les titres scientifiques de Lenoir; mais un point sur lequel je ne saurais trop insister, c'est sur la franchise et la loyauté de son caractère. A une intelligence fine et cultivée, il joignait une véritable passion pour la vérité et pour la justice, et il aimait de plus son art, croyant que pour le cultiver avec succès il faut avoir des convictions sincères et fondées sur l'expérience. Cette tendance de son esprit l'engagea quelquefois dans des polémiques sérieuses, mais jamais sa conduite n'eut d'autre mobile que la recherche du vrai. S'il fut parfois sévère dans ses appréciations et un peu vif avec ses adversaires, jamais, je le répète, il n'y eut chez lui d'autre mobile que celui d'une conviction profonde. Sa parole, sa critique pouvaient être incisives, mais le cœur était toujours bon.

En dehors de la science, quelle organisation plus heureusement douée? Non-seulement il savait plaire par les grâces d'un esprit enjoué et aimable, mais on pouvait compter sur sa parole et son amitié.

Lenoir avait été l'un des fondateurs de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, et l'on peut dire que jusqu'à sa dernière heure jamais son affection pour ces deux Sociétés ne s'est démentie. Chaque mercredi il s'informait de ce qui s'était passé à la séance, et exprimait son regret de ne pouvoir prendre une part plus active à nos travaux. Employant les quelques instants de répit que la douleur lui laissait soit à la lecture, soit à la correction d'épreuves, parfois il reprenait espoir, puis bientôt, toute illusion cessant, il manifestait ses dernières intentions à ses amis, leur demandant de vouloir bien après

lui ne pas laisser son œuvre inachevée ; nous l'écoutions avec tristesse, et parfois, le voyant se relever, nous nous bercions nous aussi de quelque espoir ; il avait échappé si souvent à la mort que nous nous demandions avant son dernier voyage si cette existence, qui promettait à la science d'utiles et de nombreux travaux, ne pourrait pas se prolonger encore ; elle s'est prolongée, il est vrai, mais pour souffrir cruellement.

Ah ! Messieurs, si dans ce moment de tristesse, si devant cette tombe il m'était permis d'exprimer un vœu, je dirais les dernières paroles de notre collègue, de notre maître, pour une Société qu'il affectionnait. A notre tour, n'est-il pas de notre devoir de faire en sorte que ses travaux inachevés soient terminés, et que les précieuses observations qu'il avait recueillies soient mises au jour et préservées de l'oubli ? Ce serait le plus beau et le plus durable monument que la Société de chirurgie pourrait élever à la mémoire de l'un de ses fondateurs, et le témoignage le plus éclatant de reconnaissance de la part de ses élèves.

Adieu, cher maître ! une dernière fois, adieu !

La séance est levée immédiatement après la lecture du discours de M. le président.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 27 juin 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'amputation de Chopart.

M. VERNEUIL. La communication de M. Bouvier tend à poser très-nettement la question suivante :

L'amputation de Chopart doit-elle, oui ou non, rester dans la pratique ? car en interrogeant les faits, notre collègue est arrivé résolûment à mettre en doute la valeur d'une opération devenue classique, et dont tous les chirurgiens ont adopté l'emploi et proclamé l'utilité.

Je me suis beaucoup occupé de cette question, et souvent déjà j'ai pris la parole devant la Société sur ce sujet ; je ne veux pas répéter

ce que j'ai dit antécédemment, je me contenterai de formuler mes convictions actuelles.

L'amputation de Chopart donne en général de mauvais résultats :

1° Dans les cas de lésions organiques, à cause de l'attitude vicieuse que présente déjà le pied au moment de l'opération, car déjà à cette époque il est le plus souvent dans l'extension plus ou moins complète, ce qui fait que le calcanéum est déjà élevé en arrière ;

2° Lorsque les os de la première rangée du tarse sont déjà atteints d'une ostéite qui se continue dans le moignon ;

3° Lorsqu'une inflammation longue et étendue s'empare de ce moignon après l'opération.

Dans les lésions traumatiques ou dans les maladies organiques autres que la carie, les résultats sont plus avantageux. Il en est de même quand la réunion des lambeaux est prompte et que le moignon n'a suppuré que peu et pendant peu de temps.

On ne peut pas prévoir d'avance les suites de l'amputation, de sorte que le succès est toujours douteux, et qu'il faut attendre souvent plus d'un an avant de le considérer comme certain.

Les suites sont fâcheuses de deux manières, ou parce que le moignon ne se cicatrise pas, c'est ce qui arrive quand les os de la première rangée sont malades, ou parce que, la cicatrisation ayant lieu, le talon s'élève et porte vers le sol l'extrémité qui présente la cicatrice et qui est incapable de supporter la pression et le poids du corps.

Ce dernier accident, connu sous le nom de rétraction du tendon d'Achille, d'ascension du talon, etc., est essentiellement dû à l'inflammation chronique dont le moignon, les os, les gaînes tendineuses, les tissus fibreux périphériques, ont été plus ou moins longtemps le siége.

La manière dont l'opération a été faite, en d'autres termes le choix du procédé et telle ou telle modificatien opératoire me paraissent jouer un rôle très-secondaire dans la production ou dans la préservation de cette ascension du talon.

Dans l'immense majorité des cas, le tendon d'Achille ne joue aucun rôle essentiel dans la déviation susdite.

La section de ce tendon faite consécutivement, alors que le talon est déjà élevé, ne me paraît pas une ressource efficace *à priori*, et l'expérience démontre qu'elle est le plus souvent inutile. Je suis, sous ce rapport, du même avis que M. Bouvier. Il appartiendra aux partisans de cette section de démontrer le contraire.

Mais la section du tendon a été pratiquée dans d'autres conditions,

non plus consécutivement, alors que la déviation était déjà confirmée et ancienne, mais bien primitivement et dans la séance même où l'avant-pied était amputé. C'est cette pratique que M. Huguier a adoptée, et qui semble avoir fourni entre ses mains des résultats avantageux.

Cette manière de faire est si différente de la première, qu'elle exige, pour être jugée, des faits nouveaux et particuliers. Si M. Bouvier et moi sommes fixés sur la ténotomie consécutive, nous faisons toutes réserves, moi du moins, en ce qui touche la section contemporaine de l'amputation. Certaines raisons militent même en faveur de l'utilité de cette dernière.

M. Huguier, le premier, a porté cette question intéressante devant nous; mais je crois qu'il a été précédé dans la même voie par un chirurgien de province dont le nom m'échappe en ce moment, et je suis sûr qu'en Angleterre la section primitive du tendon d'Achille est en vigueur depuis plusieurs années dans l'amputation de Chopart. On sait d'ailleurs que dans l'amputation du pied par le procédé Pirogoff, le tendon d'Achille a plusieurs fois été coupé primitivement, et préventivement, si je puis ainsi dire.

J'ai trop de confiance dans le caractère de M. Huguier, pour craindre que ce rappel historique soit interprété par lui autrement que comme un document scientifique ne portant aucun préjudice au service qu'il rendrait à la chirurgie en changeant le pronostic de l'amputation de Chopart, aujourd'hui si diversement appréciée.

Amputation tarso-métatarsienne. — Conicité du moignon. — Rétraction du tendon d'Achille. — Section de ce tendon. — Amélioration de l'attitude du pied. — J'ai eu l'occasion de voir au Bureau central, le 17 septembre 1858, un malade dont l'histoire me paraît intéressante pour la question des amputations partielles du pied.

Don Juan C..., Espagnol, âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution et de haute taille, eut l'extrémité antérieure du pied gauche broyée par un boulet en 1837. Un chirurgien espagnol tenta de pratiquer l'amputation; il y resta trois quarts d'heure, et à en juger par la forme du moignon du pied, on peut supposer qu'il fit l'amputation tarso-métatarsienne; il ne se servit point de la scie et n'employa pendant tout le temps que le bistouri. La plaie resta plus d'un an et demi à se cicatriser; mais enfin la guérison eut lieu et fut tellement satisfaisante, que le malade put marcher pendant quatre ans sans la moindre gêne et avec la plus grande solidité.

Au bout de ce temps, l'extrémité s'excoria à la suite d'une marche de quatorze lieues; une ulcération assez étendue se montra; elle se ferma cependant sans peine après quelque temps de repos. L'opéré reprit sa vie active, et, à plusieurs reprises, la plaie se rouvrit pour se guérir encore.

En 1848, M. Roux proposa une amputation, qui, d'après l'indication fournie par C..., se reconnaît assez aisément pour la désarticulation de Chopart. Notre homme refusa, et la cicatrice se fit encore.— La marche ne fut jamais empêchée d'une manière absolue. L'ulcération même, quand elle existait, n'était guère douloureuse, car la *pression s'exerçait toujours sur le talon*; en 1857, le moignon se dévia progressivement, de telle façon que le talon avait fini par se trouver élevé à deux pouces au-dessus du sol. La pression portait alors presque entièrement sur l'extrémité du pied mutilé, et l'ulcération devint très-douloureuse.

En 1858, M. Maisonneuve pratiqua la section du tendon d'Achille; *un trou*, au dire du malade, se fit à la partie postérieure de la jambe. — Mais les questions que j'ai faites m'ont convaincu que par cette expression de trou il faut entendre la dépression qui résulte de la section du tendon rétracté. — Le pied fut redressé séance tenante, maintenu par des bandelettes de diachylon et placé dans un appareil inamovible, où il resta trois semaines sans être découvert. L'opération fut assez douloureuse, mais les souffrances ne furent pas de longue durée. Le résultat désiré fut obtenu, c'est-à-dire que le talon toucha le sol.

Aujourd'hui, C... vient au Bureau central demander un certificat. Voici ce que je constate :

1° La jambe gauche est très-atrophiée, la saillie du mollet est peu apparente, les deux membres ont pourtant la même longueur;

2° L'articulation tibio-tarsienne est très-mobile;

3° Le moignon fait un angle droit avec la jambe, de façon que dans la station le talon repose solidement sur le sol; le bord interne du pied est fortement relevé et ne pose point par terre; le bord externe, au contraire, y touche dans toute son étendue;

4° On reconnaît en dedans la tubérosité du scaphoïde, puis, au-devant, la face interne du premier cunéiforme; il semble évident que du côté interne au moins tout le métatarse a été enlevé. — Je serais moins affirmatif pour le côté externe, et n'affirmerais pas que la tubérosité postérieure du cinquième métatarsien n'existe pas encore. — Le bord antérieur du moignon fait d'ailleurs avec le bord interne

un angle droit, au lieu d'être taillé obliquement en dehors et en arrière, comme cela a lieu d'ordinaire après l'amputation de Lisfranc. Peut-être donc, en faisant l'extraction des os brisés, a-t-on laissé une partie des métatarsiens externes.

5° Ce qui empêche de reconnaître très-exactement l'état du squelette, c'est l'état d'induration des parties molles qui terminent le moignon; ces parties sont en effet dures, gonflées, rouges, calleuses, adhérentes aux os sous-jacents. Au centre se trouve une ulcération irrégulière à bords indurés, recouverte de bourgeons charnus, et qui présente bien trois centimètres dans son diamètre transversal; on ne sent pas d'os au fond de cet ulcère, et le toucher n'y provoque même aucune douleur. Le tégument de la portion restante du dos du pied paraît couturé de cicatrices; la peau de la région plantaire est saine; l'ulcère est à peu près à égale distance des deux faces du pied.

Pour tout moyen prothétique, un soulier ordinaire assez court, aplati à son extrémité, est fixé au pied comme une chaussure ordinaire. Le moignon est recouvert seulement par quelques tours de bande, son extrémité presse sur la portion reculée du soulier.

On voit encore et on sent encore mieux une dépression dans le point où a eu lieu la section du tendon d'Achille; la substance intermédiaire, longue de près de trois centimètres, est solide, un peu plus mince que les bouts du tendon qu'elle réunit. La tension qu'elle subit dans la marche est encore douloureuse, et on remarque autour de ce point, comme autour de l'articulation tibio-tarsienne, un peu d'empâtement.

La marche se fait sans claudication, mais avec un peu de gêne, à cause de la douleur susdite, car le moignon pose très-exactement à plat sur le sol.

L'opéré affirme pouvoir encore aujourd'hui faire deux ou trois lieues par jour. Il doit quitter Paris prochainement, pour se rendre aux bains de mer, sans quoi je l'aurais présenté à la Société.

Voici à la fois un bel exemple de réussite après l'amputation tarso-métatarsienne, ou quelque opération fort analogue; puis un spécimen remarquable de la lésion que j'ai décrite au pied, sous le nom de conicité du moignon; enfin, un cas bien rare de rétraction tardive du tendon d'Achille, victorieusement combattue par la section sous-cutanée du tendon.

— M. FOLLIN présente deux malades auxquelles il a pratiqué, à l'une, l'amputation de Chopart, à l'autre, l'amputation tibio-tarsienne en conservant les malléoles. Il a pris soin, chez toutes deux, de faire

un très-grand lambeau comprenant toute la plante du pied. La longueur du lambeau est, pour M. Follin, une condition indispensable de réussite. De plus, le lambeau plantaire doit être réuni exactement au lambeau dorsal, et on doit chercher à provoquer profondément la suppuration, afin d'obtenir à la partie antérieure du moignon une sorte de matelas solide, épais, dur et résistant. Les deux malades présentées marchent parfaitement en s'appuyant sur leurs moignons. Celle qui a été opérée dans l'articulation de Chopart ne présente aucune déviation des os restants du tarse.

M. BOUVIER. Tout en constatant l'heureux résultat obtenu par M. Follin sur son opérée par l'amputation de Chopart, ne trouve pas que la direction du calcanéum soit bonne et normale : cet os est oblique de haut en bas et d'arrière en avant, de telle sorte que le talon ne pose pas à plat sur le sol, et que son extrémité postérieure se relève en arrière. Il lui paraît que le renversement du talon ne s'est pas produit depuis l'opération, qui date de deux ans, par la raison qu'il existe une sorte d'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, et que cette ankylose a transformé l'extrémité du membre en un véritable pilon.

Il fait remarquer que le tendon d'Achille est tendu par la rétraction du triceps sural, phénomène que M. Verneuil prétend n'avoir jamais rencontré.

M. LARREY désirerait que M. Follin insistât sur le mode de réunion dont il propose de faire une règle dans l'amputation de Chopart. La réunion immédiate des parties superficielles, d'une part, la réunion après suppuration des parties profondes, de l'autre, lui paraissent être le but vers lequel doivent tendre les efforts du chirurgien. Tout le monde sait de quelle importance est, dans la cicatrisation des moignons, le développement de quelques points cicatriciels entre les lèvres des plaies : ces réunions immédiates, bien qu'incomplètes et superficielles, s'opposent au retrait des parties vers la racine des membres, en même temps que la réunion des parties profondes après la suppuration amène une solidification et une dureté plus grandes des moignons.

M. VERNEUIL, répondant à M. Bouvier, a constaté comme lui que l'articulation tibio-tarsienne n'a, en effet, que très-peu de mouvements sur l'opérée de M. Follin ; mais il fait remarquer que c'est le résultat ordinaire de ces amputations, et que cette malade ne sort pas de la loi commune.

Il affirme n'avoir jamais vu l'ascension du talon due exclusivement à la traction exercée par le tendon d'Achille. Dans tous les cas qu'il a observés, le tendon d'Achille, au lieu d'être tendu en ligne droite, des muscles au calcanéum, formait, au contraire, une courbe à concavité postérieure, et n'était point rigide, comme il l'eût été infailliblement s'il eût obéi à la rétraction. Il a constaté la même disposition chez la malade de M. Follin.

M. BOUVIER ne croit pas que la rétraction du tendon d'Achille en amène nécessairement la rectitude. Comme beaucoup d'autres tendons, le tendon d'Achille est bridé et maintenu par des aponévroses, qui lui communiquent une courbure à concavité postérieure, et lui font l'office de poulie de renvoi. Si le tendon d'Achille n'était pour rien dans le renversement du talon, il ne résisterait pas dans la flexion du moignon en avant.

M. VERNEUIL donne quelques renseignements sur l'opinion qui règne en Angleterre relativement à la valeur clinique de l'amputation de Chopart et de la section du tendon d'Achille, lorsque l'élévation du talon succède à cette opération. Des recherches, sommaires à la vérité, montrent que les chirurgiens anglais pratiquent souvent la désarticulation médio-tarsienne, et sont satisfaits du résultat. Ils ont également confiance dans la ténotomie pour remédier à l'ascension du calcanéum, qu'ils attribuent à la rétraction des muscles gastrocnémiens.

Cette question a été agitée en Angleterre il y a quelques années, lors de la communication faite à nos Académies de Paris par notre éminent confrère M. Sédillot. La cause mécanique que ce chirurgien assignait à la déviation du talon fut vivement contestée dans plusieurs journaux de Londres, et les rédacteurs se mirent à recueillir des faits pour réhabiliter l'opération en question. (On pourra consulter divers articles. *Medical Times and Gazette,* 8 septembre 1855, p. 236; même journal, 19 avril 1856, p. 389; *the Lancet*, 19 décembre 1857, p. 628, etc.). On verra que la section du tendon d'Achille a été employée par M. Fergusson; que M. Cock s'en est montré tout à fait partisan, et que, suivant lui, elle réussit toujours à corriger le moignon défectueux. Enfin, nous trouvons un article non signé (avril 1856) renfermant des faits assez intéressants pour être reproduits dans notre discussion.

« Un forgeron robuste fut amputé à la méthode de Chopart en 1845 par M. Cock. C'était pour une lésion traumatique, et l'amputation fut primitive. Un mois après, lorsque la plaie venait de se cicatriser, on

fit la section sous-cutanée du tendon d'Achille. L'opéré affirme qu'il n'a jamais depuis ressenti le moindre malaise dans son moignon. Il porte seulement une bottine raccourcie ; il marche aussi bien et aussi loin que jamais ; il peut même courir et sauter.

» Le rédacteur de l'article, qui avait en ce moment l'opéré sous les yeux en 1856, c'est-à-dire plus de dix ans après l'amputation, ajoute : « Le contour postérieur du pied est naturel, et le calcanéum ne paraît déplacé en aucune manière. La base sur laquelle le pied repose a 4 pouces de long ; elle est bien coussinée. Les tendons antérieurs sont unis au bord antérieur des os et jouent librement sur l'articulation tibio-tarsienne.

» Les mouvements de cette jointure sont parfaits pour la station et la marche ; le malade n'a pas à regretter la perte de son avant-pied. »

Ceci, ajoute-t-on, n'est pas un fait exceptionnel, mais un exemple de ce qu'on obtient par une bonne opération de Chopart. Puis viennent sur la ténotomie des renseignements sur lesquels j'appelle l'attention.

« La pratique de diviser le tendon d'Achille est actuellement de règle dans plusieurs hôpitaux ; elle est faite par certains chirurgiens *au moment même de l'opération ;* par d'autres, *pendant la cicatrisation.* D'autres préfèrent attendre, et voir si cette section est nécessaire quand le malade se lève.

» Cette opération semble être nécessaire dans la grande majorité des cas. L'habitude de la faire de bonne heure est préférable, au moins pour gagner du temps. Beaucoup de faits démontrent encore qu'elle peut être couronnée de succès, alors même qu'elle a été pratiquée plus tard. Nous avons vu dernièrement, dans le service de M. Jackson, un cas de cette espèce, où la section a été pratiquée avec les meilleurs résultats. »

Je n'ai pas encore découvert le chirurgien qui le premier, en Angleterre, fit la section primitive du tendon d'Achille dans l'amputation de Chopart ; mais la citation précédente prouve que cette pratique était usuelle en 1856.

Elle prouve encore que nos confrères d'outre-mer ne se contentent pas de diviser le tendon quand le moignon est notoirement défectueux, ce à quoi nous nous bornons à peu près exclusivement en France. Ils font la ténotomie à trois époques :

1° En même temps que l'amputation ;

2° Pendant la cicatrisation, avant que l'opéré marche ;

3° Lorsque le moignon est dévié, c'est-à-dire tardivement.

Il me semble important de distinguer ces trois modes et de les apprécier isolément, car à chaque époque les conditions sont tout à fait différentes, et il serait possible qu'il en fût de même des résultats.

M. RICHARD, comparant les résultats tantôt heureux, tantôt fâcheux des amputations de Chopart, en conclut que les chirurgiens ne sont pas sûrs d'atteindre le but qu'ils se proposent. Il n'a jamais vu de lésions traumatiques de l'avant-pied assez graves pour nécessiter une amputation, et il croit qu'on doit mettre en pratique la chirurgie conservatrice au pied comme à la main : si cependant il était obligé de recourir à une amputation, il ne pourrait se décider à pratiquer celle de Chopart, en raison des difficultés dans la marche auxquelles elle expose.

Il lui préférerait la désarticulation sous-astragalienne, attendu que l'absence du calcanéum ne diminue que fort peu la longueur du membre, tandis que sa présence entraîne des inconvénients. La désarticulation sous-astragalienne est, il est vrai, plus difficile que la désarticulation de Chopart, mais elle donne toujours d'excellents résultats.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Leroy-Dupré : *Larrey chirurgien en chef de la grande armée.* Paris, 1860 ; 1 vol. in-12.

2° Ach. Dehous : *Des morts subites pendant la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral.* Bruges, 1859 ; in-8°.

3° Bonnafont : *Traité des maladies de l'oreille et des organes de l'audition.* Paris, 1860 ; 1 vol. in-8° avec fig.

4° Demarquay ; *Traité des tumeurs de l'orbite.* Paris, 1860 ; 1 volume in-8°.

5° Follin : *Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales* (méth. américaine). Paris, 1860 ; in-8°.

6° Depaul : *De la rétention d'urine pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie.* Paris, 1860 ; in-8°.

7° Beaupoil (d'Ingrandes) : *Note sur les épidémies observées postérieurement à l'inondation de la Loire en 1856.* In-8°, sans date.

8° Eulenburg : *Beschreibung und Abbildung eines Extensions-Apparates für Knie-Verkrummungen* (Description et figure d'un appareil à extension pour la rétraction du genou). Berlin, 1859 ; in-8°.

9° Eulenburg : *Klinische Mitteilungen*, etc. (Communications cliniques sur l'orthopédie et la gymnastique). Berlin, 1860 ; in-8°.

10° *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux ;* t. IV, n° 4, gr. in-8°. Paris, 1859.

— M. le docteur Beaupoil (d'Ingrandes), déjà candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société deux manuscrits intitulés :

1° *Luxation du coude en arrière, décollement des épiphyses*, etc. ;

2° *Note sur la transmission des accidents diphthériques.* (Commissaires : MM. Guersant, Laborie et Verneuil.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Louis Saurel, membre correspondant national, mort à Montpellier le 10 juin 1860, dans sa trente-cinquième année.

— M. ROBERT, à propos de l'hommage fait à la Société par M. Follin de son *Mémoire sur quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales*, fait observer que la méthode dite *américaine* est applicable à toutes les opérations autoplastiques. Il en a obtenu de très-bons résultats dans le traitement d'une fistule uréthrale et d'un anus accidentel consécutif à une opération de hernie étranglée.

LECTURE.

M. le docteur Camille BERNARD (d'Apt), membre correspondant de la Société, donne lecture d'un mémoire intitulé *De l'opportunité de l'intervention de l'accoucheur dans certaines présentations vicieuses.*

M. DEPAUL a écouté avec beaucoup d'intérêt la lecture de M. Bernard, mais il ne saurait admettre les conclusions de notre honorable collègue.

M. Bernard pense qu'il convient d'intervenir dans les cas d'inclinaisons de la tête, de présentations en position occipito-iliaque postérieure droite et de présentations de la face, afin de transformer en positions normales ces diverses positions vicieuses.

M. Depaul combat ces trois propositions : on peut dire qu'il n'existe pas de présentation de la tête qui ne soit inclinée et qui ne soit aussi corrigée par la nature ; or, en général, intervenir est plus grave qu'attendre ; mieux vaut donc ne pas agir. Il n'y a pas de limite réglementaire à l'attente, comme le croit M. Bernard ; la seule limite de l'expectation est fournie par les indications.

Chercher de prime abord à ramener l'occiput en avant, dans la

position occipito-postérieure, paraît à M. Depaul inutile ou impraticable dans le plus grand nombre des cas ; la nature se charge d'exécuter cette conversion mieux que ne pourrait le faire l'accoucheur. Les tentatives faites dans ce but restent presque toujours sans succès, dans les cas mêmes où il y aurait le plus d'avantages à réussir.

Quant aux assertions de M. Bernard sur les présentations de la face, elles ne tendent à rien moins qu'à infirmer le mémoire de Mme Lachapelle sur ce sujet, et les observations confirmatives de M. P. Dubois et de tous les élèves qui depuis cette époque ont suivi la clinique d'accouchements.

Les présentations mento-postérieures dont parle M. Bernard ne persistent pas, elles se modifient naturellement par la rotation de la tête. Agir au début pour amener la rotation de la tête est inutile, car ce n'est pas au début que la tête vient à tourner, c'est seulement lorsque la face est engagée.

M. Depaul conclut qu'il n'y a rien à faire dans les présentations inclinées de la tête ; qu'il y a moins à faire encore dans les présentations occipito-postérieures ; enfin, que toutes les fois qu'on persiste à intervenir d'une manière intempestive pour changer les positions de la face, les accouchements se compliquent d'accidents graves, quelquefois même d'accidents immédiatement mortels.

M. BERNARD a parlé de limite réglementaire à l'attente, parce qu'il pense qu'il existe un laps de temps généralement accepté après lequel il faut agir ; mais il reconnaît qu'il n'est pas absolu.

Il a voulu appeler l'attention sur les cas exceptionnels et sur les résultats funestes des expectations prolongées. Il ne prétend pas agir dès le début, attendu que certaines positions vicieuses se corrigent quelquefois ; mais après une heure et demie ou deux heures laissées à l'utérus pour déployer tous ses efforts, il pense qu'il convient d'intervenir, parce que certaines positions vicieuses ne se corrigent pas.

M. DANYAU se joint à M. Depaul dans toutes les propositions qu'il a développées. Il insiste surtout sur les irrégularités de présentation de la face : la position centrale du menton, figurée, il est vrai, dans certains ouvrages, et admise par M. Bernard, n'existe pas ; la seule position du menton que l'on rencontre est celle qui a été décrite par Mme Lachapelle, et celle-là même se corrige parfaitement par les seuls efforts de la nature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur de nature indéterminée développée dans la tête du péroné, ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — M. RICHET. La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société me paraît offrir un grand intérêt au double point de vue de la pratique et de la science.

Un jeune homme de 24 ans, encadreur, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 11 avril 1860. Jusqu'à cet âge il a joui d'une bonne santé; il y a deux mois il a éprouvé une forte courbature, avec fièvre et frisson, et quelques jours après a ressenti à la partie supérieure externe de la jambe gauche une vive douleur. Il prétend n'avoir jamais reçu de coups en cet endroit ni avoir fait de chutes, et jusqu'à cette époque n'avoir remarqué aucune grosseur ni saillie dans le lieu où siége la tumeur actuelle. Bientôt la souffrance sembla se localiser dans cette partie supérieure et externe de la jambe, et quinze jours environ après l'apparition des premiers accidents, il y remarqua une tuméfaction que la pression exaspérait. Peu à peu la grosseur augmenta au point que, six semaines après son apparition, il crut devoir venir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée dans nos salles, nous constatâmes qu'il existait vers le tiers supérieur de la jambe gauche, en dehors, au niveau de la tête du péroné, une tumeur allongée selon la direction de l'os, de forme ovoïde, ayant la grosseur d'un œuf de dinde; elle est sans changement appréciable de couleur à la peau, et on note qu'elle se prolonge dans le creux poplité en passant au-dessous des attaches des muscles péroniers.

Dans sa partie moyenne elle offre une mollesse notable qui permet de croire à l'existence d'un liquide, quoique la fluctuation n'y soit pas nettement accusée. A son pourtour elle est au contraire d'une dureté assez grande, et je note qu'en la pressant avec quelque force son enveloppe cède sous le doigt en donnant la sensation d'une lame parcheminée qui fléchit et revient ensuite sur elle-même.

Dans ces diverses explorations le malade accuse une douleur assez vive, avec élancements. Si on ébranle le péroné en agissant sur la partie moyenne, on voit que la tumeur fait corps avec l'os, et que l'articulation péronéo-tibiale est relâchée. On ne perçoit d'ailleurs aucun battement dans la tumeur, et l'application du stéthoscope n'y révèle aucun bruit anormal.

Ces divers symptômes me font porter le diagnostic suivant : tumeur développée dans la partie supérieure du péroné, dont la nature

ne peut être précisée, mais qu'en raison des antécédents et de son développement rapide, je crois être une tumeur inflammatoire, périostite ou ostéite.

Ce jeune homme, interrogé avec soin, nie d'ailleurs tout antécédent syphilitique, et je ne trouve effectivement aucune trace d'accidents de cette nature, non plus que des traces de scrofule.

Je prescris des cataplasmes et des frictions mercurielles.

Les jours suivants la tumeur augmente, sa mollesse au centre devient plus grande, la peau prend une teinte rosée et se vascularise, et la température augmente.

Le 22 avril je fais appliquer une traînée linéaire de pâte de Vienne sur la partie fluctuante de la tumeur.

Le 30, je fends l'eschare à l'aide du bistouri, il sort par l'ouverture un liquide rougeâtre mêlé de petits grumeaux blanchâtres très-ténus. Un stylet introduit parcourt une cavité anfractueuse et irrégulière, qui paraît cloisonnée par des lamelles assez résistantes. Ces diverses particularités me ramènent à l'idée d'une tumeur à myéloplaxes enflammées.

Les jours suivants un érysipèle se déclare et envahit successivement toute la jambe et la cuisse. Pendant ce temps l'eschare tombe, et laisse une assez longue ouverture par laquelle la tumeur fait hernie. Les parties herniées ont une couleur grisâtre. Il se forme bientôt un abcès dans le creux poplité, abcès qui paraît avoir suivi le lobe de la tumeur, qui a envahi la région du jarret. Je suis obligé de pratiquer en ce point une contre-ouverture.

Enfin, le 23 juin, la suppuration ayant envahi toute la partie externe et supérieure de la jambe, et le malade s'affaiblissant de plus en plus, je dois songer à pratiquer une opération décisive.

Deux partis se présentaient : on pouvait ou bien essayer d'enlever la tumeur, ou bien retrancher le membre au-dessus de l'articulation du genou.

L'ablation de la tumeur présentait de grandes difficultés opératoires; il fallait la disséquer dans le creux poplité, et, selon toute probabilité, on ne pouvait éviter la lésion des vaisseaux et nerfs qui traversent cette région. Enfin, de plus, et c'était là le point capital, on devait, pour en faire l'extirpation complète, enlever la tête du péroné, et par conséquent pénétrer dans l'articulation péronéo-tibiale, qui très-souvent, ainsi qu'on le sait, communique normalement avec l'articulation du genou. Dans le cas présent cette communication ne pou-

vait guère laisser de doute, un gonflement assez notable avec empâtement ayant envahi la synoviale fémoro-tibiale.

Pour ces diverses raisons, je crus devoir recourir à l'amputation de la cuisse, et l'événement a justifié de tous points mes prévisions.

Voici la tumeur.

Elle s'est développée, ainsi qu'on peut le constater, dans la tête du péroné, et descend jusqu'au tiers moyen de cet os. Elle offre un prolongement qui s'engage, en passant au-dessous de l'insertion des péroniers, jusque dans le creux poplité, et se loge au-dessous des vaisseaux qu'elle soulève. Il eût été fort difficile, pour ne pas dire impossible, de l'amputer en totalité dans la lésion. L'articulation péronéo-tibiale communiquait largement avec celle du genou, et déjà était envahie par le liquide purulent, qui enveloppait la tumeur de toutes parts. L'amputation du membre se trouva donc complétement justifiée.

Maintenant de quelle nature est cette tumeur? C'est là une question fort difficile à décider. Vous voyez son aspect jaunâtre, aréolaire; elle ressemble assez à ces kystes qu'on trouve dans le maxillaire inférieur; mais, d'autre part, les lamelles qui la cloisonnent n'offrent ni cette dureté, ni cette résistance, ni cette fragilité des lamelles des kystes des os. Elles sont mollasses et flexibles, sans traces de phosphate calcaire, et n'offrent qu'une ressemblance fort éloignée avec des lamelles osseuses. D'autre part, la matière qui remplit les aréoles est jaunâtre, semi-liquide, et offre l'aspect du sang coagulé et décomposé; quelques-unes contiennent du pus, ce qui provient évidemment des phases inflammatoires par lesquelles a passé la tumeur.

Cet aspect jaunâtre les fait ressembler aux tumeurs à myéloplaxes, si bien décrites par M. Eugène Nélaton; aussi ai-je eu l'idée de prier ce savant confrère d'examiner la tumeur, pour m'en donner son avis. Après examen de la pièce *de visu*, et à l'aide du microscope, il m'a déclaré que ce n'était point une tumeur appartenant à cet ordre. Tel a été également l'avis de M. le professeur Nélaton, qui n'a pu la classer davantage.

L'enveloppe de la tumeur est formée, ainsi qu'on peut le voir, par la coque osseuse du péroné, dilatée et soutenue par le périoste, dont la trame est hypertrophiée. Cette lamelle d'enveloppe est mince et comme papyracée; c'est elle qui donnait cette sensation de parchemin quand on déprimait la tumeur à sa circonférence.

Les cloisons qui traversent la tumeur en tout sens s'implantent directement dans cette coque osseuse, mais ne participent point de sa nature. L'altération descend dans le canal médullaire jusqu'au-dessous du tiers supérieur.

En résumé, nous avons sous les yeux une tumeur née dans le centre de l'os, dans la tête même du péroné; mais j'avoue, pour mon compte, ne pas être en mesure de classer cette affection, de lui assigner un nom.

Ce sur quoi je désire spécialement attirer l'attention de ceux de nos collègues qui prendront la parole dans la discussion, c'est la rapidité avec laquelle s'est développée cette tumeur; c'est la marche rapide qu'elle a suivie, et les difficultés que, en raison de ces diverses circonstances, elle a présentées pour le diagnostic.

D'ordinaire les tumeurs qui présentent une structure analogue marchent plus lentement; celle-ci s'est développée plus rapidement qu'une ostéite, aussi rapidement qu'un abcès des os ou qu'une périostite. C'est là un point très-intéressant à noter.

MM. HOUEL, LARREY et BROCA pensent que l'altération du péroné présenté par M. Richet est constituée par des kystes multiples de l'os.

Œil atteint de cataracte centrale, dite polaire, développée dans la capsule antérieure, et de cataracte du centre de la lentille cristalline, avec rayonnements sur la face postérieure du cristallin.

Il s'agit ici d'un musicien ambulant, aveugle dès son enfance, autant qu'il nous a été permis de nous en assurer, car lorsqu'il est entré dans mon service, il était sous l'influence d'une commotion cérébrale très-grave et ne répondait qu'avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adressait.

Le quatrième jour après son admission dans mes salles, cet homme fut atteint de *delirium tremens*, dont il mourut.

Pendant la vie, notre attention avait été attirée par l'état des yeux, principalement de l'œil droit. Effectivement, de ce côté il existait :

1° Une tache à la cornée, et peut-être, à une certaine époque, y avait-il eu perforation de cette lamelle, car l'iris était adhérent à la face postérieure; en un mot, il y avait *synéchie antérieure;*

2° Au centre de la capsule, autant qu'il était permis de dire que c'était la capsule qui fût le siége de l'altération, vu le peu de transparence de la cornée, on voyait une tache centrale, d'un blanc mat, et sans aucun rayonnement au pourtour;

3° Enfin, plus profondément, il semblait que le cristallin fût opaque ou au moins nébuleux vers son centre. Néanmoins ce dernier point n'était pas possible à établir nettement.

Voici ce que nous démontra l'autopsie :

Le globe de l'œil enlevé ne présente rien de particulier dans sa forme. La sclérotique, fendue depuis le nerf optique jusqu'à quelques millimètres en arrière de son union à l'iris, nous permet d'extraire le corps vitré, qui paraît sain et a conservé sa transparence et sa consistance habituelles. La choroïde est décolorée, mais sans altération notable. — Le cristallin, examiné par sa face postérieure, offre une tache centrale, et, de cette tache d'un blanc grisâtre partent cinq ou six rayons gagnant du centre à la circonférence. C'est évidemment là le début d'une cataracte centrale avec étoiles.

Mais c'est surtout sur la capsule cristalline antérieure que je veux attirer votre attention. Après avoir extrait le cristallin, je l'ai lavée et essuyée avec soin, et, après ces préparatifs, on pouvait voir, et vous pouvez voir encore sur cette pièce, qu'au centre de cette lamelle existe une tache d'un blanc mat, qui fait un relief assez sensible, aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure. A l'œil nu, non plus qu'à la loupe, je n'ai pu distinguer au pourtour de cette tache aucun rayonnement allant du centre à la circonférence. La capsule paraît transparente partout ailleurs qu'au centre ; mais peut-être serait-il nécessaire de faire un examen au microscope pour établir ce fait plus positivement.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de nier que la capsule soit ici le siége d'une altération résidant dans son tissu même ; ce fait, je l'ai déjà établi dans mon *Traité d'anatomie chirurgicale ;* M. Broca l'a également démontré dans les *Bulletins de la Société anatomique ;* mais il n'est pas inutile d'y revenir de nouveau, pour convaincre les incrédules.

Je me propose de donner cette pièce au musée Dupuytren, et je prie M. Houël de l'y déposer en mon nom.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

DE LA PERFORATION DE L'UNGUIS

comme moyen de parvenir à la destruction des polypes de la base du crâne (1);

Par M. Palasciano, de Naples.

Je veux fixer l'attention sur les polypes naso-pharyngiens, qu'on ne peut lier ni par la bouche ni par le nez, et qui sont à l'ordre du jour de la chirurgie moderne. En effet, après l'indifférence de l'antiquité, si toutefois on excepte le *nasum per scalpellum divisum, expurgato, mox inusito, quo facto rursum nasum consuito* d'Hippocrate, bien des fois nos contemporains ont réussi à détruire des polypes de la base du crâne, depuis que la résection du maxillaire supérieur et la staphyloraphie ont été reçues dans la chirurgie pratique.

La ligature, l'arrachement, l'excision, la cautérisation et l'écrasement linéaire ont tour à tour été employés, suivant les ressources du moment ou le choix du chirurgien. Mais mon but n'étant pas de discuter la valeur comparative de tous ces moyens thérapeutiques, je vais essayer de formuler un jugement sur les opérations préliminaires à la suite desquelles chacun de ces moyens a été mis en usage. Ces opérations préliminaires peuvent se réduire aux suivantes :

1° Incision verticale du voile du palais. (Manne.)

2° Détachement des piliers du voile du palais par une incision de bas en haut, qui, de la base des piliers, se termine assez haut dans l'épaisseur du voile. (M. Jobert, de Lamballe).

3° Ablation totale du maxillaire supérieur. (MM. Flaubert fils, Michaud, Robert, François, etc.).

4° Ablation de la paroi antérieure du sinus maxillaire. (M. Huguier).

5° Section de la voûte palatine. (M. Nélaton.)

6° Résection des os nasaux et des apophyses montantes des maxillaires supérieurs. (Hippocrate et M. Chassaignac).

Toutes ces opérations font plus ou moins arriver au but, c'est-à-

---

(1) *Amtlicher Bericht über die vier und dreissigste Versammlung Deutscher Naturforscher und Ærzte in Carlsruhe, in september* 1858. *Herausgegeben von den Geschaftsführern derselben* Eisenlohr und Volz. Carlsruhe, Müller, 1859, pag. 279. Nous donnons ici cette pièce dont M. Verneuil a annoncé la publication dans la séance du 18 avril. Voyez plus haut, p. 225.

dire qu'elles facilitent l'accès de la main de l'opérateur jusqu'à l'apophyse basilaire de l'occipital.

Mais il n'est pas toujours facile de soustraire l'opéré aux complications qui sont la conséquence des grandes opérations, et lorsque le malade a couru les dangers de la destruction du polype, il lui reste toujours à subir d'autres opérations réparatrices sous peine de garder une difformité inévitable.

Loin de moi l'idée de proscrire aucune de ces opérations, car chacune d'elles peut trouver son application dans un cas donné, cas déterminé par la multiplicité des digitations et par le volume que ces tumeurs peuvent atteindre. Je crois seulement que dans les cas ordinaires il n'est pas indispensable d'employer des moyens aussi graves, car l'on peut arriver à détruire ces tumeurs sans aucune mutilation.

La grande difficulté anatomique qui s'oppose à ce qu'un fil passé par la narine puisse atteindre l'apophyse basilaire réside dans la direction de la paroi inférieure de la cavité nasale, qui, dans sa partie postérieure, s'incline brusquement en bas, de manière que vers la fin du voile du palais cette paroi est placée à 6 centimètres audessous de l'apophyse basilaire : l'on gagne à peine 15 à 20 millimètres en relevant ou même en incisant le voile du palais. Or, si au lieu de passer le fil par la paroi inférieure de la cavité nasale, on l'introduit par une perforation de l'unguis, rien ne s'oppose à ce qu'il puisse être mené directement contre l'apophyse basilaire, qui est même placée un peu plus bas que l'unguis. On voit par là que des polypes qu'il était impossible d'atteindre par la bouche, même après le froncement ou l'incision du voile du palais, peuvent être entièrement détruits à travers une perforation de l'unguis, et qu'on peut se passer des résections des os nasaux, maxillaires et palatins. C'est sur cette donnée anatomique que j'ai fondé la nouvelle méthode de destruction des polypes naso-pharyngiens que je propose ; elle est aussi sûre dans ses résultats que prompte et facile dans son exécution.

Manuel opératoire. — Premier temps. Relever le voile du palais. — On passe derrière le voile du palais, au moyen de la sonde de Belloc, un gros fil dont les chefs ressortent par la bouche et par le nez, et sont noués fortement sur la lèvre supérieure protégée par une compresse. Le voile du palais, ainsi ramassé vers son insertion palatine, permet aux doigts de l'opérateur d'arriver en ligne droite de la bouche au pharynx. (M. Desgranges).

Deuxième temps. Perforation de l'unguis. — A tous les instruments avec lesquels on a jusqu'ici perforé l'unguis, je préfère celui

de M. Reybard (de Lyon). C'est une espèce de tire-bouchon, sur lequel une longue virole mobile et tranchante vient tomber. On procède à la perforation par une incision préalable au sac lacrymal, comme si on voulait mettre une canule dans le canal nasal. On écarte les bords de la plaie, et l'on applique la pointe du perforateur sur la partie du sac qui couvre l'unguis. On imprime un mouvement de rotation à tout l'instrument, de manière à le faire pénétrer de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans la fosse nasale, c'est l'*id oblique deorsum, et posteriora versus introrsum compellatur* de Zac. (Platner, *Inst. chirur.*, § 378.) Alors on fait descendre la virole tranchante sur le pas de vis, en immobilisant l'instrument. Lorsqu'on a bien pressé la virole tranchante sur le pas de vis, on imprime un mouvement de rotation à tout l'instrument, et on le retire de la plaie. Il emporte avec lui une portion du sac lacrymal, de l'unguis et de la muqueuse nasale. Après cela, on agrandit la perforation avec un plus grand instrument (M. Demarquay).

Troisième temps. Passage d'une anse de gros fil sur le pédicule de la tumeur. — Un simple stylet de trousse ou la sonde de Belloc sont plus que suffisants à faire passer de la perforation de l'unguis dans l'arrière-bouche une anse de fil assez longue, dont les chefs pendants sur la joue sont confiés à un aide.

L'opérateur, à l'aide de ses doigts indicateurs, écartés dans le fond de la bouche, fait passer la tumeur dans l'anse, et accompagne celle-ci jusque sur le pédicule. L'aide concourt à cette manœuvre par une traction soutenue et légère sur les chefs qui lui sont confiés. Un fil mobile passé dans l'anse, et pendant au dehors de la bouche, sert à la retirer en cas d'insuccès. On retire le fil releveur du voile du palais aussitôt qu'il n'est plus nécessaire.

Quatrième temps. Ligature; écrasement linéaire; galvano-caustique. — Une fois que l'anse du fil entoure le pédicule du polype, la destruction de celui-ci est aussi sûre que facile. Si l'opérateur préfère la ligature simple, il n'a qu'à fixer les chefs du fil sur un serre-nœud, et par la perforation de l'unguis porte celui-ci jusque sur le pédicule du polype et le laisse sur place. Si l'on aime mieux employer l'écraseur, on attache la chaîne à l'un des chefs du fil; on la porte sur le pédicule, et on la monte sur sa gaîne; mais il faut que celle-ci puisse librement passer par la perforation de l'unguis. Pour employer la galvano-caustique, l'anse n'aurait qu'à conduire de même un fil de platine de 21 centimètres de longueur et de 2 millimètres de

diamètre, qui serait monté sur le cautère électrique de M. Middeldorpf, de Breslau, après avoir préalablement garanti la perforation et la plaie extérieure par le moyen d'un petit tubo en caoutchouc vulcanisé.

Cautérisation. — Tous les chirurgiens qui ont opéré les polypes naso-pharyngiens sont d'accord sur l'utilité de cautériser profondément toute la surface d'implantation après la destruction du polype. La perforation de l'unguis offre aussi un moyen des plus sûrs et des plus faciles pour pratiquer une pareille cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, parce qu'elle permet de fixer la pâte assez exactement sur les racines du polype pour qu'il ne s'en détache aucune parcelle, dont la pénétration dans les voies digestives serait très-nuisible. Il faut cependant opérer aussitôt que la tumeur est tombée.

Manuel opératoire. — Après avoir relevé le voile du palais et fait passer deux chefs de gros fil de la perforation de l'unguis dans la bouche, le chirurgien coupe un morceau de pâte de Canquoin, étendu sur la toile en forme de sparadrap, en lui donnant à peu près la figure de la surface d'implantation du polype qu'il veut cautériser, et il y pratique deux trous dans l'endroit qui correspondra à la perforation de l'unguis, après son application. Il introduit les deux chefs de fil pendants de la bouche dans les trous pratiqués sur le sparadrap caustique, et conduit celui-ci sur la surface à cautériser, le long des fils ; sur les mêmes fils, il fait passer une certaine quantité de boulettes de charpie, chacune munie d'une anse, jusqu'au tamponnement de la partie supérieure de l'arrière-bouche. A l'aide des aiguilles, il fait traverser par ces mêmes fils, à quelque distance l'un de l'autre, une compresse pliée en forme du voile du palais, et y pratique un double nœud sans couper les chefs.

On tire ensuite sur les chefs pendant sur la joue, tandis qu'avec l'autre main, de la bouche on fait passer la compresse sur la surface postérieure du voile du palais. Lorsque tout a été bien fixé, on défait le fil releveur du voile du palais ; on applique un bourdonnet épais dans la plaie de la perforation, et on y lie fortement et à double nœud les deux fils pendant sur la joue sans les couper, de manière qu'on ait un tamponnement exact de l'arrière-bouche avec deux fils pendants de la bouche et deux sur la joue. Ce tampon ne gêne aucunement le malade, et on peut le laisser en place vingt-quatre heures. Pour le retirer, on n'a qu'à dégager le bourdonnet sans défaire les nœuds, et à tirer sur les fils pendants de la bouche.

Deux fois j'ai employé avec un succès assez satisfaisant cette manière de lier et de cautériser les polypes naso-pharyngiens à travers la perforation de l'unguis.

Obs. I. — Jeune homme de vingt et un ans, portant un polype naso-pharyngien à base d'implantation très-large, avec difficulté de la déglutition et de la phonation. Plusieurs essais de ligature faits par d'autres chirurgiens ayant échoué, j'en pratiquai la ligature en masse en la traversant par le moyen d'une aiguille à manche. Le résultat fut bien médiocre, et la masse de la tumeur, après trois ans, était augmentée du double. L'incision verticale du voile du palais rendit à peine possible la ligature d'un tiers de la tumeur, qui fut entièrement enlevée par une ligature à travers la perforation de l'unguis.

La cautérisation consécutive fut pratiquée suivant le procédé déjà décrit, et la cicatrisation de la plaie de la paupière inférieure était achevée au bout d'une semaine.

Obs. II. — Jeune homme de vingt ans, portant un polype naso-pharyngien avec deux digitations, une temporale et l'autre zygomatique à gauche, chloro-anémie, difficulté de la déglutition et de la phonation. Incision verticale du voile du palais, et enlèvement d'un quart de la tumeur par l'écrasement linéaire pratiqué par la bouche ; ensuite perforation de l'unguis et ligature de toute la masse du polype, moins les digitations temporale et zygomatique ; cautérisation consécutive par le même procédé et avec la pâte de zinc, les digitations laissées à l'extirpation directe et consécutive.

En résumé, je conclus :

1° Que la perforation de l'unguis offre un moyen beaucoup plus efficace que les incisions du voile du palais pour parvenir à la destruction des polypes naso-pharyngiens, et qu'elle peut jusqu'à un certain point épargner les mutilations qui ont été jusqu'ici pratiquées dans le même but ;

2° Que le nouveau procédé de cautérisation du sommet du pharynx par la pâte de chlorure de zinc, tout en étant aussi puissant et aussi inoffensif que celui de M. Desgranges (de Lyon), offre l'avantage d'être sans gêne pour le malade, de maintenir appliqué le caustique tant que l'on veut sans qu'il se déplace dans les mouvements du malade, et de n'avoir besoin ni d'appareils ni d'instruments spéciaux.

Séance du 4 juillet 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° Bauchet : *Des lésions traumatiques de l'encéphale,* thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. Paris, 1860 ; in-8°.

2° *Du redressement brusque ou immédiat dans les maladies de la hanche;* par M. Berne (de Lyon). Paris, 1860 ; in-8°.

3° *De l'innocuité du seigle ergoté quand il est administré à propos ;* par M. le docteur Chrestien. Montpellier, 1860 ; in-8°.

4° M. Debout fait don à la Société du t. LVIII du *Bulletin de thérapeutique* (1860).

— M. DEPAUL dépose sur le bureau un mémoire sur l'autoplastie par M. le docteur Duboué (de Pau). Ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Duboué, dont plusieurs de nos collègues conservent un souvenir distingué, a ajouté des considérations importantes aux idées ayant cours aujourd'hui sur les opérations autoplastiques. Il a joint aux observations qui ont servi de texte à son mémoire des photographies fort bien faites des cas pathologiques qu'il a traités et guéris. (Commissaires : MM. Depaul, Guérin et Verneuil.)

M. Duboué est candidat au titre de membre correspondant national.

— La discussion sur l'amputation de Chopart est suspendue pour permettre à M. Depaul de communiquer un fait des plus importants. Il s'agit de l'introduction de l'air dans les sinus utérins pendant l'administration de douches vaginales destinées à provoquer l'accouchement, ayant eu pour résultat de produire une mort instantanée. (L'observation sera communiquée ultérieurement.)

Plusieurs membres de la Société demandent à M. Depaul quelques renseignements sur la manière dont s'est produit l'accident, attendu que le mécanisme n'est pas également clair et facile à expliquer pour tout le monde.

M. DEPAUL pense que l'air a pénétré entre l'œuf et les parois utérines pendant l'inspiration, et dans un moment de repos de l'organe ;

qu'emprisonné par l'application de la tête à l'orifice du col pendant les contractions, il a cheminé dans les sinus et de là dans le système veineux général.

M. RICHET appelle l'attention sur les inspirations qui se sont produites alors que le cœur ne battait plus. Dans un cas de mort par le chloroforme, il a vu les inspirations persister après l'extinction des battements du cœur. Dans une autre circonstance, où il sauva le malade atteint de croup par la trachéotomie et la respiration artificielle, il a vu la respiration interrompue alors que le cœur continuait à battre. La mort peut donc arriver par l'un et l'autre mode.

M. CHASSAIGNAC rapporte qu'un malade chez lequel il faisait une injection dans un abcès péri-néphrétique, poussa tout à coup un cri et tomba en défaillance avec des symptômes si graves qu'il pensa avoir fait pénétrer de l'air soit dans le système circulatoire, soit dans le péritoine. Le malade se rétablit néanmoins après deux ou trois crises analogues très-violentes.

M. LABORIE accepte parfaitement le mécanisme invoqué par M. Depaul pour expliquer l'accident. Il pense que l'introduction d'une boulette de coton dans le col de l'utérus pourrait en mettre à l'abri. Ce fait est des plus importants tant au point de vue de la pratique que des craintes salutaires qu'il inspirera sans doute sur certaines manœuvres coupables considérées jusqu'à présent comme douées d'innocuité.

M. MOREL-LAVALLÉE donne quelques explications sur la possibilité de l'introduction de l'air au-dessous du piston des appareils à injection. Il pense que l'air a été littéralement poussé dans les sinus utérins avec l'appareil dont on s'est servi, par les contractions de l'organe.

M. HUGUIER est du même avis que M. Morel. L'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales sur les régions de l'aisselle et du cou a lieu pendant l'inspiration, par aspiration : dans le cas rapporté par M. Depaul, l'air comprimé dans l'intérieur de l'utérus pendant les contractions de l'organe s'est introduit dans les sinus, a été versé dans le système inférieur de la circulation veineuse et charrié par le sang jusqu'à l'oreillette droite. Les objections soulevées jadis par M. Velpeau contre la possibilité de l'introduction de l'air dans les sinus utérins, tombent devant l'explication très-simple de ce nouveau mécanisme.

M. VELPEAU, tout en admettant l'importance et la possibilité du fait, ne le considère pas moins comme très-difficile dans sa produc-

tion : il regrette que l'autopsie n'ait pas été pratiquée, car seule elle pouvait donner une preuve complétement démonstrative de la nature de l'accident.

Il pense que la quantité d'air introduite dans le cœur doit, pour amener la mort, être assez considérable, et que le sang dissout une grande partie de l'air qu'il reçoit. L'impossibilité de faire l'autopsie laisse planer quelque doute sur une explication qui réunit cependant quelques éléments en sa faveur.

M. CHASSAIGNAC présente une pièce résultant de l'ablation complète du corps thyroïde par la méthode de l'écrasement linéaire. Ce chirurgien a observé des accidents de suffocation par le goître dans trois circonstances différentes :

1° Par le goître cancéreux ;

2° Par des goîtres sanguins dépendant d'un épanchement de sang dans le corps thyroïde et donnant lieu à une phlegmasie chronique du tissu cellulaire du col, devenant analogue d'aspect au tissu inodulaire et produisant une véritable constriction de la trachée ;

3° Par des tumeurs goîtreuses ou thyroïdiennes plongeantes, c'est-à-dire apparaissant au col par moments, et redescendant momentanément encore en arrière du sternum.

C'est à un cas de ce genre qu'on avait affaire.

Au moyen d'un trocart courbe, les téguments et couches musculaires pré-thyroïdiens ont été saisis, puis entourés par la chaîne, de manière à obtenir une section verticale. Lorsqu'on a eu mis le corps thyroïde tout à fait à nu, l'énucléation, par le seul secours des doigts, a été facile. Restait le large pédicule comprenant les quatre artères thyroïdiennes. Ce pédicule, entouré par une nouvelle chaîne, a été sectionné sans donner lieu à aucune hémorrhagie sérieuse. L'écraseur ne marchait que d'un cran par demi-minute.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

Séance du 12 juillet 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. MOREL-LAVALLÉE, à propos du procès-verbal, prend la parole pour démontrer expérimentalement qu'une certaine quantité d'air

pénètre entre le liquide et le piston des appareils à injections. Afin d'éviter cet accident, il propose de plonger entièrement les instruments sous l'eau, pour que l'air ne puisse y entrer par la partie supérieure.

Il fait remarquer que l'air, occupant toujours la partie supérieure des instruments, a dû se comporter de la même manière dans l'utérus de la malade de M. Depaul.

M. HUGUIER pense qu'en se servant de l'irrigateur Eguisier pour administrer les douches vaginales, on éviterait de faire pénétrer de l'air en même temps que l'eau, et on se mettrait à l'abri de l'accident signalé.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *De l'efficacité du traitement arabique dans les syphilis invétérées*, etc., par M. le professeur Benoît; Montpellier, 1860, in-8°.

2° *Autoplastie de la main*, par le même ; Montpellier, 1860, in-8°.

3° *De l'étranglement interne*, par M. Houël ; Paris, 1860, in-8°.

4° *Du tænia en Algérie et de son endémicité dans la ville de Bone*, par M. Tarneau, médecin aide-major de 1re classe; Montpellier, 1860, in-8°.

5° *Rendiconto delle cure ed operazioni chirurgico-ostetriche*, par le docteur Luigi Felici ; Fano, 1858, in-8°.

M. LEGOUEST annonce qu'il a reçu de M. le docteur Palasciano, de Naples, des documents relatifs à la priorité de procédé contestée par ce chirurgien à M. le docteur Rampolla pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens par la voie lacrymale. Ces documents seront soumis à l'examen du bureau, qui fera connaître à la Société le résultat de ses investigations et le consignera dans le Bulletin.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'amputation de Chopart.

M. HUGUIER, considérant que le mouvement de l'articulation tibio-tarsienne devient inutile après l'amputation, propose de provoquer l'ankylose de l'articulation, afin de prévenir l'ascension du talon. Ce but lui paraît facile à atteindre par l'immobilisation de l'article dans un appareil inamovible laissé en place pendant un mois ou six semaines.

Il appelle l'attention sur le manuel opératoire de la section du tendon d'Achille. Au lieu de faire pénétrer le ténotome entre la face postérieure du tendon et la face antérieure de l'aponévrose jambière, il

conseille de le faire passer entre l'aponévrose elle-même et les téguments, de façon à sectionner en même temps et l'aponévrose et le tendon. Il a pu se convaincre sur son malade que cette manière d'agir donne au moignon une liberté beaucoup plus grande que la section seule du tendon.

Contestant la proposition émise par M. Richard de substituer à l'amputation de Chopart la désarticulation sous-astragalienne, il pense que, si les difficultés de cette nouvelle opération ne doivent pas être prises en considération, il n'en est pas de même du raccourcissement plus considérable du membre qui en résulte.

Le froissement, dans la marche, de la cicatrice profonde résultant de la réunion du lambeau à la face inférieure de l'astragale; l'inégalité du plan inférieur de l'os; la section nécessaire du tendon d'Achille et l'affaiblissement consécutif des muscles et des mouvements du membre; la possibilité des fusées purulentes, des décollements, de l'inflammation des gaînes tendineuses, sont autant de raisons qui lui font rejeter l'amputation sous-astragalienne, comme devant remplacer l'amputation de Chopart.

M. FOLLIN est étonné de la proscription dont on voudrait frapper l'opération de Chopart, au moment même où on en peut constater le succès sur les opérés qui ont été présentés. Le point important de cette opération est d'éviter le tiraillement de la cicatrice. Ce résultat peut être obtenu, comme il l'a démontré, en prenant pour lambeau la plante du pied tout entière, en taillant ce lambeau de dehors en dedans, et en lui donnant toute l'épaisseur des parties molles, afin de constituer sur la partie antérieure du moignon un renflement considérable bien doublé, bien matelassé, et faisant, pour ainsi dire, l'office d'un support.

Il se rattache à l'opinion de M. Huguier à propos de l'utilité qui peut résulter de l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne pour empêcher l'ascension du talon.

M. LEGOUEST reconnaît avec tous ses collègues l'heureux résultat obtenu par M. Follin sur son opérée. M. Follin attribue son succès à la précaution qu'il a prise de donner au lambeau une grande étendue, et au mode suivant lequel il a obtenu la cicatrisation, à savoir : la réunion des parties profondes après une longue suppuration.

M. Legouest n'est pas complétement de cet avis : dans les amputations en général, les grands lambeaux présentent des inconvénients, et les lambeaux suffisants sont préférables; cependant, dans l'ampu-

tation de Chopart, les inconvénients d'un grand lambeau sont rachetés par l'avantage de l'indication spéciale qu'il remplit.

Mais il lui paraît dangereux de chercher à entretenir une suppuration de longue durée dans la profondeur du lambeau ; on sait, en effet, que ce sont les moignons qui ont été le siége de suppurations longues et profondes, qui présentent le plus souvent soit la conicité, soit des douleurs, les ulcérations, etc. Sans compter les accidents généraux auxquels expose toute suppuration, n'y a-t-il pas péril local à prolonger le contact du pus avec des os spongieux comme ceux du pied? Au demeurant, le chirurgien n'est pas libre de diriger comme il l'entend la suppuration des lambeaux formés par la plante du pied; après quelques jours, les moignons constituent de véritables éponges imbibées de pus, de sorte qu'il arrive naturellement ce que M. Follin veut obtenir. Tous les chirurgiens cherchent, cependant, par des pansements bien dirigés, à combattre cette infiltration purulente des lambeaux, préoccupés qu'ils sont de cette vérité, que les réunions les plus promptes sont les meilleures, et conjurent presque toujours les accidents de toute nature.

Revenant au point de départ de la discussion, à l'utilité et à la persistance des bons effets de la section du tendon d'Achille, M. Legouest rappelle qu'il résulte des recherches de M. Verneuil que les chirurgiens anglais se louent tous de la ténotomie dans l'amputation de Chopart, et qu'ils la pratiquent à trois époques : en même temps que l'amputation, pendant la cicatrisation, et longtemps après.

Il a eu à traiter deux militaires amputés dans l'articulation de Chopart, l'un par le procédé ordinaire, l'autre par le procédé de M. Sédillot. Chez le premier, le moignon conserva une bonne direction; chez le second, le talon se renversa avant la cicatrisation, et par conséquent avant que le malade eût marché. M. Legouest pratiqua la section du tendon pendant la cicatrisation, rendit momentanément au moignon sa direction normale, mais vit la déviation se reproduire en peu de temps, malgré l'emploi d'appareils inamovibles et de bandages aussi bien disposés que possible. Il a donc assisté à la démonstration du fait énoncé par M. Bouvier, à l'inutilité de la section du tendon d'Achille.

De telle sorte que M. Legouest est un peu de l'avis de M. Richard quand ce dernier dit que les chirurgiens ne sont pas sûrs des résultats qu'ils obtiendront quand ils font une amputation de Chopart. Mais faut-il cependant rayer cette opération de la médecine opératoire, et lui substituer l'amputation sous-astragalienne?

Les modifications et les précautions qui viennent d'être indiquées dans le manuel de la désarticulation tarso-tarsienne méritent bien d'être essayées avant de proscrire à jamais une opération qui, incontestablement, a donné de bons résultats. De plus, il convient d'examiner quels avantages présente la désarticulation sous-astragalienne, et de savoir si ses bons résultats sont toujours certains. M. Legouest, théoriquement, est peu partisan de cette opération; il a recherché si les faits condamnaient ou justifiaient sa manière de voir. Voici ce qu'ils lui ont appris :

M. le docteur Vaquez, dans un mémoire très-favorable à l'amputation sous-astragalienne, en a rassemblé quatorze cas qui paraissent être les seuls connus.

De ces quatorze cas, trois doivent être écartés. L'un, appartenant à M. Textor, laisse planer un doute sur l'opération qui a été faite; les deux autres, rapportés par Traill à M. F. Simon, sont dénués de toute indication précise. Des onze cas restants, deux ont nécessité l'amputation consécutive; l'un, une amputation intra-malléolaire; l'autre, une amputation au lieu d'élection; enfin, dans un troisième, la déambulation était très-difficile. Nous demeurons donc avec huit succès, et encore trois des cas déclarés heureux n'ont-ils pas été examinés après l'opération.

En résumé, on peut compter cinq succès incontestables et constatés après une période de deux à cinq ans, sur quatorze amputations sous-astragaliennes. Il reste donc à prouver comparativement qu'un même nombre d'amputations de Chopart a donné des résultats moins satisfaisants.

Dans deux séances précédentes, consacrées aux discussions sur les amputations partielles du pied et la résection de l'astragale, M. Richard a affirmé n'avoir jamais rencontré de lésion traumatique du pied nécessitant une amputation.

M. Legouest ne proteste pas contre cette affirmation impossible à contester; mais il proteste contre le silence avec lequel la Société l'a entendue. Il croit pouvoir dire à M. Richard, avec tous les chirurgiens mûris dans la pratique, que lui et ses malades ont été jusqu'ici particulièrement heureux, et que l'avenir lui réserve sans aucun doute, comme à tous, des revers et des succès.

Quant à l'opinion émise dans la dernière séance par M. Richard sur l'analogie de la chirurgie du pied et de la chirurgie de la main, elle ne paraît pas discutable à M. Legouest, attendu que M. Richard est probablement seul à la professer.

M. ROBERT croit, comme M. Richard, que les résultats de l'amputation de Chopart sont toujours incertains. Il s'est trouvé dans la nécessité de pratiquer la section du tendon d'Achille sur un jeune homme à qui il avait fait une amputation tarso-tarsienne par le procédé de M. Sédillot. La ténotomie n'a pas remédié à l'ascension du talon, qui n'est pas exclusivement due à l'action du tendon d'Achille. Ce fait n'est pas le seul que connaisse M. Robert; les nombreux insuccès qu'il a pu constater le disposent peu en faveur de l'opération de Chopart, à laquelle il serait tenté de préférer l'amputation sous-astragalienne ou l'amputation tibio-tarsienne.

A propos de la modification que M. Huguier conseille d'introduire dans le manuel opératoire de la ténotomie, M. Robert rappelle les règles formulées par M. Bouvier sur ce sujet, et déclare s'y renfermer en raison des enseignements apportés par l'anatomie pathologique, enseignements qui démontrent que l'intégrité de la gaîne tendineuse permet l'épanchement dans son intérieur d'une matière amorphe qui rétablit la continuité des tendons sectionnés.

M. HUGUIER répond qu'il n'a proposé la section simultanée du tendon et de l'aponévrose que dans les cas d'amputation de Chopart, et que cette modification lui paraît apporter plus de chances que la ténotomie simple au maintien du moignon dans une bonne direction.

M. BOUVIER pense que M. Huguier a eu affaire à un cas particulier, ce qui expliquerait la nécessité où il s'est trouvé de couper l'aponévrose en même temps que le tendon d'Achille.

Il fait remarquer que M. Verneuil considère les amputations de Chopart pratiquées pour des lésions traumatiques comme étant les plus heureuses dans leurs résultats ultérieurs ; cependant c'est à la suite de ces amputations pour causes traumatiques qu'ont eu lieu la plupart des sections du tendon d'Achille.

M. VERNEUIL n'a pas fait de recherches à ce sujet, et il n'a parlé que de ses impressions. Les cas heureux qu'il a vus succédaient à des amputations pour causes traumatiques. Il est disposé à croire ses observations fondées en raison des ostéites consécutives qui surviennent dans les amputations pour lésions organiques et exposent nécessairement à des accidents du côté du moignon.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC fait voir un malade chez lequel il a obtenu une coaptation et une consolidation très-exactes d'une fracture de la rotule au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un appareil plâtré.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que cette fracture date de six mois, et que le blessé ne peut encore fléchir complétement la jambe sur la cuisse. Les résultats qu'il obtient en pareil cas, par le mode de traitement qu'il a adopté, sont plus satisfaisants, attendu qu'après six semaines l'articulation du genou jouit d'une mobilité parfaite (quatre cas, deux consolidations osseuses).

M. CHASSAIGNAC pense que dans toute fracture la première chose à obtenir c'est une consolidation aussi complète que possible. Il considère comme une imprudence les mouvements que M. Morel communique pendant le traitement des fractures de la rotule à l'articulation du genou. Chez son malade, il y a, chose essentielle, une consolidation parfaite, et les mouvements, encore bornés aujourd'hui, reprendront dans un temps plus éloigné leur complète liberté.

— M. BOUVIER présente une jeune fille guérie d'un pied creux valgus douloureux, sur laquelle il a déjà appelé l'attention de la Société le 4 avril dernier. Cette affection, considérée comme grave par quelques personnes, fut au contraire jugée légère par M. Bouvier: elle a complétement disparu aujourd'hui, et a été traitée par le repos, par les mouvements forcés, sans qu'il ait été nécessaire d'employer le chloroforme, et par l'application d'un appareil dextriné maintenant le pied dans une bonne direction. C'est un très-beau résultat de la mise en pratique de la doctrine des mouvements forcés communiqués aux articulations déviées, et une preuve incontestable que la ténotomie n'est pas toujours nécessaire pour opérer le redressement des déviations. Cette jeune fille porte encore, par précaution, un appareil orthopédique ne permettant qu'une flexion limitée et une extension complète du pied.

M. DEBOUT rapporte que dans deux cas analogues il a vu la déviation se reproduire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société deux polypes utérins. Le premier est un corps fibreux d'un volume considérable, dont il n'a pu reconnaître le pédicule, et qu'il n'a pu amener à l'extérieur avec le forceps. Il s'est décidé à en couper une tranche pour faciliter l'extraction en totalité. La section faite par le bistouri ayant amené des flots de sang, M. Chassaignac, pour éviter les dangers d'une hémorrhagie chez une femme déjà exsangue, compléta son opération avec l'écraseur et parvint à la mener à bien. Le second est un polype qui paraît être folliculeux. Cependant, il est constitué par une

cavité entourée d'une couche si considérable de tissu utérin hypertrophié, que M. Chassaignac conserve des doutes sur sa nature. Il a été enlevé, comme le précédent, au moyen de l'écraseur.

Enfin, M. Chassaignac fait voir une petite tumeur qu'il a enlevée du centre du muscle coraco-brachial; c'est une sorte de fibrome dont le centre présente un point purulent.

M. HUGUIER pense que le petit polype enlevé par M. Chassaignac est constitué par un œuf de Naboth hypertrophié. Les glandes de Naboth peuvent être situées à une certaine profondeur dans l'épaisseur du col de l'utérus; en se développant, elles refoulent le tissu utérin, et, sessiles tout d'abord, elles ne se pédiculisent que lorsqu'elles ont franchi le col.

M. DEPAUL ne trouve pas dans ce polype les caractères des polypes folliculeux. Il se demande pourquoi d'autres éléments anatomiques du col ne pourraient pas s'hypertrophier comme les follicules. Il a enlevé deux polypes du col ne présentant pas de follicules hypertrophiés, et il croit que celui-ci est de même nature.

M. HUGUIER rappelle qu'il a donné à ces polypes le nom d'utéro-folliculaires, afin d'indiquer qu'on les rencontre quelquefois sous forme de kystes n'ayant que la muqueuse pour enveloppe, quelquefois entourés par le tissu propre du col hypertrophié. Ce sont autant des kystes que des polypes. Celui-ci présente une ouverture communiquant avec sa cavité, qui ne laisse aucun doute à cet égard.

—La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 18 juillet 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Péan, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale.* Paris, 1860, in-4°, avec 20 figures.

M. C. BERNARD (d'Apt), membre correspondant, adresse une note en réponse aux observations faites par MM. Depaul et Danyau sur sa précédente communication, intitulée : *De l'opportunité de l'intervention de l'accoucheur dans les positions vicieuses du fœtus.*

M. DEPAUL regrette que M. Bernard n'ait pas explicitement répondu aux objections qui lui ont été faites lorsqu'il est venu lire sa première communication. Le langage de M. Bernard diffère notablement de ce qu'il a été tout d'abord, et l'interprétation donnée aux paroles de MM. Danyau et Depaul est exagérée.

M. Depaul rétablit les termes de la discussion et rappelle les propositions émises par M. Bernard et les raisons alléguées par ses contradicteurs. Il se renferme dans les conclusions qu'il a précédemment énoncées d'une manière succincte, et qu'il est prêt à développer s'il y a lieu.

M. DANYAU se range à l'opinion de M. Depaul ; il pense que M. Bernard n'a pas saisi le sens des objections qui lui ont été faites.

PRÉSENTATION.

M. BROCA présente une petite fille de trois mois atteinte de spina-bifida, dont le père, docteur en médecine, demande l'avis de la Société sur le traitement à mettre en usage.

La santé de l'enfant est très-bonne. A la naissance il existait une paralysie des membres inférieurs, qui a disparu. La tumeur constituée par le spina-bifida, est située à la région lombaire ; elle est du volume d'une orange ; la peau qui la recouvre est très-épaisse, et présente trois dépressions médianes, situées l'une au-dessus de l'autre ; la dépression moyenne laisse échapper quelques gouttes de pus.

La colonne vertébrale ne paraît pas être divisée sur la ligne médiane, comme dans les spina-bifida ordinaires, mais elle semble avoir éprouvé une véritable solution de continuité de haut en bas ; elle présente à l'extrémité du tronçon supérieur une saillie analogue au coccyx.

M. RICHET ne trouve pas dans cette tumeur les symptômes bien tranchés d'un spina-bifida. Le caractère insolite qu'elle présente fait penser à M. Richet qu'il est à peu près impossible de donner un conseil.

M. CHASSAIGNAC a constaté que la tumeur est enveloppée d'une épaisse couche graisseuse faisant penser tout d'abord à un lipome ; mais au centre de la masse on perçoit manifestement la présence

d'un liquide. Les phénomènes de réduction et d'augmentation de la tumeur constatés dans le spina-bifida, peuvent manquer en raison de l'étroitesse de la communication entre la poche et le canal rachidien. Il pense que, en raison de la bonne santé de l'enfant, de la disparition de la paralysie et de l'épaisseur de la peau qui recouvre la tumeur, il n'y a pas lieu d'intervenir. Si la tumeur était menacée de rupture ou d'inflammation, si la peau était mince et translucide, il agirait par une ponction et une injection iodée.

M. DEPAUL. La tumeur présente tous les caractères d'un spina-bifida. Elle est constituée par deux poches, l'une liquide, l'autre graisseuse : le liquide purulent qui s'en écoule ne communique pas avec la tumeur proprement dite, et provient, selon toute apparence, d'un follicule anormalement développé.

Il conseille, en raison du bon état de la peau, de faire une ponction, suivie, selon la nature du liquide retiré, d'une injection iodée. Les cas de guérison spontanée de spina-bifida sont rares, et quoique l'enfant se porte bien, il est à craindre qu'il ne succombe.

M. LABORIE formule la même opinion.

M. BOINET. Dans les cas de spina-bifida communiquant avec le canal rachidien, les injections iodées présentent des dangers ; dans les cas où cette communication n'a pas lieu, elles sont avantageuses. Il ne croit pas ici à la communication, et il conseille la ponction et l'injection iodée.

M. BROCA partage l'avis de M. Richet sur les caractères insolites de la tumeur, et, comme lui, il pense qu'en présence d'une affection sur laquelle l'expérience est muette, il convient de s'abstenir. L'irréductibilité de la tumeur ne prouve pas qu'elle soit isolée ; cette irréductibilité se rencontre dans des hydrocèles, qui, cependant, communiquent avec le péritoine. Si plus tard la santé de l'enfant se consolide, et si après de nombreuses explorations on acquiert la certitude que la tumeur ne communique pas avec la cavité rachidienne, il sera temps de songer à une opération. De telle sorte que si la tumeur communique, il n'y faut pas toucher, et que si elle ne communique pas, il faut attendre. L'expectation paraît d'autant plus indiquée à M. Broca que l'état de l'enfant s'est amélioré depuis sa naissance. Il annonce à la Société qu'il communiquera prochainement une observation recueillie il y a une vingtaine d'années par M. Broca père, et relative à un homme qui a vécu jusqu'à quarante-trois ans, malgré l'existence d'un énorme spina-bifida de la région lombaire.

M. **Bauchet** ne pense pas que le pus provienne d'un follicule, attendu qu'il vient d'une assez grande hauteur : il pense qu'il existe une poche purulente au-devant du spina-bifida. Son opinion est l'expectation.

M. **Debout** fait remarquer que les guérisons spontanées de spina-bifida sont moins nombreuses qu'on ne pense. Il ne connaît que trois cas de guérison d'hydro-rachis à la région coccygienne, et deux cas à la région lombaire : celui que vient de citer M. Broca et un autre observé par M. Chassaignac sur une jeune fille de onze ans. Ses recherches lui ont appris que sur 13 cas d'hydro-rachis traités par les injections iodées, 10 ont guéri. Il faut, lorsqu'on opère, ne laisser écouler que très-peu de liquide, et n'injecter que 2 ou 3 gouttes de teinture d'iode mêlée d'eau par moitié.

Néanmoins, il est d'avis qu'il faut s'en tenir à l'expectation dans la circonstance actuelle.

M. **Houel** possède au musée Dupuytren la colonne vertébrale d'un jeune homme de 15 à 18 ans, chez lequel la moelle elle-même dissociée constituait la poche de l'hydro-rachis. Il pense que sur l'enfant présenté il existe une large ouverture de communication, attendu que le pédicule de la tumeur est considérable. S'il n'est pas possible de faire refluer le liquide, cela tient à une disposition qui se rencontre assez souvent non-seulement dans l'hydro-rachis, mais dans les vieux sacs herniaires communiquant avec le péritoine.

Il considère l'épaississement notable de la peau comme une bonne condition, et il est d'avis de temporiser.

Fracture du fémur à sa partie inférieure. Renversement du fragment inférieur en arrière dans le creux poplité. Consolidation après deux mois et demi de traitement. — M. Richet. Le malade que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de mes collègues offre un nouvel exemple de fracture de l'extrémité inférieure du fémur avec le renversement du fragment inférieur dans le creux poplité, traité par M. Malgaigne d'imaginaire (*Traité des fractures et des luxations*, tome 1er, page 731). Déjà la Société de chirurgie s'est occupée de cette question (séance du 28 janvier 1857), et MM. Broca, Larrey, Follin et moi-même, avons cité des faits de déplacement des fragments dans le sens indiqué par Boyer. C'est donc là aujourd'hui un fait bien établi. Néanmoins, jusqu'à ce qu'il soit accepté par ceux-là mêmes qui ont partagé l'opinion contraire, il est utile d'apporter des faits à l'appui. Pour mon compte, je ne manquerai jamais de le faire chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Voici d'abord un résumé succinct, mais très-exact, de l'observation de mon malade.

Cet homme, âgé de quarante-huit ans, charretier, passait sur le bord d'un trottoir le 3 décembre 1859, lorsqu'il fut heurté par le brancard d'une voiture arrivant avec vitesse. Renversé et jeté contre une devanture de boutique, quand on le releva il avait la cuisse fracturée.

Transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, il fut placé sur un coussin en forme de plan incliné, et le lendemain, à la visite, je le trouvai dans l'état suivant :

La cuisse, à sa partie inférieure, présente une déformation singulière; la rotule est inclinée en arrière et de bas en haut; immédiatement au-dessus d'elle, on trouve un enfoncement notable, et le tendon du triceps, tendu et contracté, ne paraît reposer sur aucun plan osseux. Plus haut, à deux travers de doigt au-dessus de la rotule et un peu en dehors, on trouve une saillie osseuse dont les bords paraissent mousses, et qu'on reconnaît bientôt pour être l'extrémité inférieure du fragment supérieur. En portant la main dans le creux poplité, on rencontre de suite à sa partie externe une saillie arrondie qui soulève les téguments et ne semble plus séparée de la main que par la peau. Le malade accuse une vive douleur dès que l'on presse en ce point. On peut suivre cette saillie osseuse dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, en descendant du côté de l'articulation du genou; mais bientôt elle se perd dans la profondeur du creux poplité.

Il est néanmoins manifeste que cette saillie osseuse n'est autre que l'extrémité supérieure du fragment inférieur; car, lorsqu'on saisit les deux condyles fémoraux d'une main et qu'on fait imprimer par un aide des mouvements de flexion et d'extension à la jambe, l'autre main restant appliquée sur la saillie poplitée, on sent distinctement que tous les mouvements communiqués aux condyles se transmettent à l'extrémité saillante du fragment.

De l'espace intercondylien fémoro-tibial au sommet du fragment, on trouve douze centimètres environ exprimant la longueur du fragment inférieur. Pas de crépitation, épanchement de sang assez notable autour des fragments, léger épanchement articulaire; les muscles de la cuisse entrent en contraction énergique à la moindre tentative de réduction, et quant à ceux du mollet ils sont contracturés; le membre fléchi est sensiblement plus court à l'œil que celui du côté opposé. Nous trouvons plus de cinq centimètres de raccourcissement.

Je fais alors fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, puis, faisant exercer dans cette position l'extension et la contre-extension, je parviens bien à repousser en dedans et en arrière le fragment supérieur, mais sans pouvoir obtenir le dégagement du fragment inférieur.

Convaincu de l'inutilité de mes efforts, je prends alors le parti d'appliquer un apparcil de Scultet, le membre étant maintenu dans la demi-flexion, et j'engage dans le creux poplité un coussin cunéiforme dont je me propose de surveiller l'action avec le plus grand soin.

Les jours suivants, le pansement est renouvelé et je remarque que la contracture des muscles du mollet est beaucoup moindre et la saillie du fragment moins prononcée. Le 20 décembre, je remplace le plan incliné formé par les coussins par un plan incliné en bois, mais en laissant toujours le coussin cunéiforme dans le creux poplité. Toutefois, le malade ayant dès les jours suivants accusé unc assez vive douleur dans le jarret, je reviens au premier appareil.

Dans les premiers jours de janvier, le malade qui voit autour de lui tous les malades qui ont des fractures être traités par le bandage en stuc, demande instamment qu'on lui appliquc ce mode de traitement ; mais je m'y refuse formellement, voulant surveiller la marche de la consolidation et poursuivre le redressement du fragment inférieur, qui effectivement s'est réduit notablement depuis quelque temps.

Enfin, le 18 février, le malade quitte l'hôpital Saint-Louis pour aller en convalescence à Vincennes. A cette époque, la consolidation était complète et le malade pouvait marcher à l'aide de béquilles. Son état à ce moment ne différait pas sensiblement de celui dans lequel il est actuellement.

On peut constater aujourd'hui encore que le fragment inférieur fait en arrière une saillie considérable; on peut apprécier facilement à la partie externe du creux poplité, son extrémité supérieure arrondie, placée presque immédiatement sous les téguments; l'extrémité du fragment supérieur se reconnaît facilement en avant et en dehors.

La consolidation est parfaite, et s'est faite au moyen d'un cal latéral ; le croisement des fragments est de 3 centimètres ; on trouve 10 ou 12 centimètres environ d'écartement transversal entre les deux extrémités fragmentaires, ce qui constitue un énorme cal. Comme vous pouvez le voir, la rotule a conservé son obliquité du début en haut et en arrière, et le triceps reste toujours soulevé et tendu au-devant du condyle.

A la mensuration, le membre présente un raccourcissement qui n'est pas considérable, puisqu'il ne dépasse pas 3 centimètres ; ainsi j'ai trouvé ce matin même 86 centimètres du côté droit et 83 du côté gauche, en prenant toutes les précautions indiquées. De l'épine iliaque à la rotule, je ne trouve que 2 centimètres de différence entre les deux côtés : 40 centimètres du côté sain, 38 du côté malade.

Ce malade est rentré dans mon service, il y a quelques jours, pour une tuméfaction rougeâtre de la jambe du côté fracturé, tuméfaction qu'il qualifie d'érysipèle, et qui, dit-il, le fait beaucoup souffrir et le fait boiter. Effectivement le tissu cellulaire est engorgé, la peau est sillonnée de veinules distendues; il semble qu'il y ait un obstacle à la circulation veineuse. Je me suis demandé si cet engorgement n'était point le résultat d'une compression des veines poplitées par le déplacement du fragment et l'exubérance du cal ? Mais c'est là une question que je me borne à poser, n'ayant point les éléments suffisants pour la résoudre.

Tel est le cas que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation, et touchant lequel je sollicite une discussion. Effectivement, quoique ce ne soit point là un fait rare que ce renversement du fragment inférieur dans le creux poplité, puisque dans ce moment même j'ai dans mes salles un autre malade qui présente cette complication et dont j'aurai malheureusement, selon toute probabilité, à vous soumettre les pièces; néanmoins, ainsi que je disais en commençant cette communication, il ne faut perdre aucune occasion de produire désormais ceux qui se présenteront, afin de pouvoir édifier une histoire des fractures du fémur plus en rapport avec les faits cliniques que celles qui ont eu pour point de départ les pièces qu'on rencontre dans nos musées, lesquelles pour la plupart ne sont que des exceptions et n'ont même souvent été recueillies et conservées qu'à ce titre.

Je désire attirer surtout l'attention de mes collègues sur plusieurs points, et d'abord sur la direction de la fracture. On a dit avec juste raison que dans les fractures la direction des fragments influait beaucoup sur leur position ultérieure ; ainsi, pour celles qui nous occupent, il est bien clair que si la solution de continuité eût été oblique en bas et en arrière, les fragments, retenus réciproquement l'un par l'autre, n'eussent pu se porter l'inférieur en arrière, le supérieur en avant et en dehors ; mais comme, au contraire, ainsi qu'il était permis de le constater, grâce à la position superficielle des deux extrémités fragmentaires, la fracture était presque transversale, probablement avec quelques dentelures, mais peu prononcées, rien ne s'opposait à

l'action prépondérante des muscles. Je rappellerai à ce sujet que la contracture des muscles du mollet a persisté avec énergie pendant les huit ou dix premiers jours, et n'a jamais complétement cédé.

Un deuxième point non moins intéressant, c'est la hauteur à laquelle a eu lieu la fracture.

J'ai dit que le fragment inférieur avait douze centimètres de longueur. Or c'est là un fait important relativement au plus ou moins de facilité de la réduction. Effectivement, lorsqu'elle siége immédiatement au-dessus des condyles, comme dans le fait communiqué par M. Broca (séance du 28 janvier 1857), il est impossible de réduire, quoi qu'on fasse, le chirurgien n'ayant aucune prise sur le fragment qui roule sur les condyles du tibia, sollicité en arrière par l'énergique contraction des jumeaux et poplité. Lorsqu'au contraire, comme dans le cas présent, le fragment inférieur présente une longueur de 10 à 15 centimètres, il n'échappe pas complétement à l'action des moyens de réduction; et chez mon malade, malgré la contracture des jumeaux et poplité, qu'heureusement l'on ne rencontre pas toujours, j'ai pu néanmoins obtenir un redressement assez notable, surtout si on le compare à la déviation qui existait au début.

Enfin, je terminerai cet exposé par une simple réflexion critique. M. Malgaigne, qui admet aujourd'hui, convaincu par l'évidence des faits exposés à la Société de chirurgie, le renversement du fragment inférieur quand ce fragment est uniquement constitué par les condyles, prétend qu'il ne peut avoir lieu que quand la hauteur du fragment ne dépasse pas le diamètre antéro-postérieur des condyles. Or les condyles ont 7 centimètres d'avant en arrière; toute fracture au-dessus de 7 centimètres serait donc exempte de ce renversement. Il est vraiment curieux de voir la raison qu'il en donne; elle est puisée, comme vous allez le voir, dans la théorie pure: « A un niveau plus élevé, dit-il, le fragment inférieur sollicité par les jumeaux est arrêté (remarquez qu'il n'est même pas question du conditionnel; M. Malgaigne affirme) en arrière par les vaisseaux et le nerf sciatique enveloppés dans un tissu adipeux et résistant, et adossés à l'aponévrose fémorale. » (*Anatomie chirurg.*, 2e édition, tome II, p. 790.) — Aujourd'hui ce dernier refuge de la doctrine lui est interdit; sur le malade que je viens de vous soumettre, vous avez pu constater, en effet, que le fragment, long de 12 centimètres, s'est joué des obstacles imaginaires qui devaient le retenir, et vous l'avez vu, éludant les vaisseaux et le nerf sciatique, se porter par son extrémité supérieure à la partie externe du creux poplité jusque sous les téguments.

Nouvelle preuve à ajouter à tant d'autres, que c'est à la clinique qu'il faut s'adresser pour résoudre les questions de pratique.

M. LEGOUEST pense, comme M. Richet, que le déplacement signalé par Boyer dans les fractures sus-condyliennes de l'extrémité inférieure du fémur se produit réellement ; il a pu le constater deux fois. Mais il croit que le malade présenté par M. Richet a eu le fémur fracturé dans un lieu plus élevé que ne l'indiquait Boyer, et qu'ici le déplacement en arrière du fragment inférieur tient à l'obliquité de la fracture, obliquité telle que le membre est raccourci de 4 centimètres.

M. BROCA est du même avis, et rappelle le déplacement classique indiqué par Boyer, qu'il a observé une fois.

M. CHASSAIGNAC a vu trois fois le même déplacement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 25 juillet 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. DEPAUL demande que la note adressée dans la dernière séance par M. C. Bernard, d'Apt, en réponse aux objections qui ont été faites à sa première communication, soit publiée simultanément avec celle-ci, afin qu'on puisse retrouver le point de départ de la discussion à laquelle les opinions de M. Bernard ont donné lieu.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société une pièce pathologique confirmant l'opinion de Boyer, évoquée dans la dernière séance, sur le déplacement du fragment inférieur dans les fractures sus-condyliennes du fémur. Il fait voir d'autres pièces sur lesquelles le fragment inférieur n'a pas subi le même déplacement que sur la première.

M. HOUEL pense que tous les déplacements sont possibles dans les fractures; mais que l'action musculaire, invoquée par Boyer pour les expliquer, reste sans effet. L'obliquité des fractures et la direction du choc qui les a produites sont seules la cause des déplacements.

M. RICHET admet que la fracture du fémur, présentée par lui dans la dernière séance, n'offrait pas les caractères d'une fracture sus-condylienne, telle que l'entendait Boyer, et comme l'ont dit MM. Legouest et Broca. Mais son observation, relative à l'opinion de M. Malgaigne, n'en persiste pas moins. Ce dernier chirurgien (*Traité des fractures*, page 729) désigne sous le nom de fractures sus-condyliennes « les fractures qui divisent le fémur dans une étendue de 5 à 6 centimètres au-dessus de la rotule, 10 centimètres environ au-dessus des tubérosités et du rebord cartilagineux des condyles; c'est-à-dire, chez un adulte, à peu près au tiers de l'os. »

Or, c'est dans les fractures que M. Malgaigne nie le déplacement en arrière du fragment inférieur, en se fondant à son tour sur des causes imaginaires. M. Richet a voulu prouver que la manière de voir de M. Malgaigne n'était pas d'accord avec les faits; la fracture de son malade siégeait à 10 ou 12 centimètres au-dessus des condyles, et présentait néanmoins le renversement du fragment inférieur en arrière. Une seconde observation peut encore lui servir à réfuter l'opinion de M. Malgaigne.

Fracture de cuisse au tiers inférieur. — Plaie du creux poplité. — Entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, lit n° 14, le 11 juillet 1860.

Mort le 18 juillet. Autopsie faite le 20.

M..., âgé de quarante ans, charretier, fut renversé par sa voiture, et apporté à l'hôpital pour une fracture de cuisse au tiers inférieur, avec plaies indépendantes de la fracture.

A l'autopsie, le sujet étant tourné sur l'abdomen, on pratique une incision sur la ligne médiane, passant par le milieu du creux poplité.

Le nerf sciatique poplité externe est distendu, rouge, paraissant avoir acquis un volume plus considérable, comparativement à ce qu'il est au-dessus et au-dessous.

Le biceps est soulevé par le fragment inférieur et rejeté en dehors.

La fracture siége à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, à 15 centimètres au-dessus des condyles.

Le fragment inférieur fait saillie à la partie postérieure de la cuisse, l'extrémité plongeant dans l'épaisseur du muscle biceps, qu'elle a déchiré. La fracture est dentelée et presque transversale. Le nerf sciatique, la veine, l'artère, sont restés en dedans, ne paraissant pas avoir souffert de cette projection en arrière.

Le fragment supérieur, porté directement en avant, dans l'épais-

seur du triceps déchiré, offre à la partie postérieure une fêlure remontant environ à $0^m,03$ au-dessus de la fracture presque transversale. Le croisement entre les fragments est de 4 centimètres; ils sont séparés par une portion du vaste externe, qui traverse le fragment postérieur.

Quoique le membre ait subi un commencement de putréfaction, la rétraction des muscles est telle qu'elle empêche encore de faire la réduction, soit par la traction directe, soit par la traction unie à la flexion. La projection en arrière du fragment inférieur fait que les condyles fémoraux débordent en avant les condyles du tibia, et que les muscles jumeaux sont tendus en arrière des condyles. C'est cette projection en avant qui avait déterminé la saillie de la rotule, observée pendant la vie; ce qui n'avait pas eu lieu chez le malade présenté à la dernière séance, dont la rotule, au contraire, était déprimée.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° Larrey : *De l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche* (avec un cas de succès) ; Paris, 1860, in-4°.

2° Gaujot : *Compte rendu du service de clinique chirurgicale de M. le baron Larrey*; Strasbourg, 1860, in-8°.

3° Mattei : *Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement;* Paris, 1860, in-8°.

4° Hamel : *Du traitement des anévrysmes externes par la compression digitale;* thèse inaugurale ; Paris, 1860, in-4°. (Offerte par M. Broca.)

— M. Ch. Rouhier, médecin à Recey (Côte-d'Or), adresse une observation de *Rétention de noyaux de cerises dans le rectum* (1,360 noyaux), ayant déterminé une rétention d'urine et des accidents graves. L'extraction de ces corps étrangers amena le rétablissement du malade.

— M. BROCA communique deux observations de spina-bifida de la région lombaire, chez des sujets qui ont vécu jusqu'à l'âge adulte.

OBS. I. — *Spina-bifida énorme de la région lombaire chez un homme qui a vécu jusqu'à quarante-trois ans, et qui a survécu six ans à l'opération de la taille.*

(Observation recueillie par M. BROCA père.)

Le nommé Jacques P..., journalier terrassier, vint me consulter en 1837. Il était âgé de trente-sept ans; il était atteint d'une grave

affection des voies urinaires, et d'une énorme tumeur qui occupait la partie postérieure de la région lombo-sacrée. Voici ce qu'il me raconta sur l'origine de ces deux maladies :

Il était, au dire de sa mère, parfaitement bien conformé lorsqu'il vint au monde. Ce fut seulement à l'âge d'un mois qu'on s'aperçut qu'il avait au bas des reins une petite tumeur molle, parfaitement ronde, et grosse comme une noisette. (Ces renseignements sont plus que douteux ; il est très-probable que la tumeur existait au moment de la naissance.) A la fin de la première année, la tumeur avait atteint le volume d'une châtaigne. A dix ans, elle avait celui d'une grosse pomme. A vingt ans, elle égalait celui des deux poings réunis ; elle était déjà pédiculée. A trente ans, le malade ne pouvait plus la contenir dans ses deux mains ; le pédicule s'était allongé, elle était pendante et était devenue très-gênante par son poids. Depuis lors, elle avait toujours continué à s'accroître.

P... commença à marcher à l'âge d'un an. Il se développa rapidement, et devint très-vigoureux. Sa santé était excellente ; mais il avait depuis sa naissance une incontinence d'urine qu'il garda jusqu'à l'âge de douze ans. Alors, et sans aucun traitement, il guérit de cette infirmité. Il pouvait retenir ses urines et les rendre à volonté, mais par un jet tournoyant en tire-bouchon. Bientôt il put se livrer aux plus rudes travaux de l'agriculture ; sa santé était toujours florissante, sa tumeur ne l'incommodait que lorsqu'une violence extérieure y développait de la douleur.

A dix-neuf ans il fit une chute sur le dos. Il raconte qu'à la suite de cette chute, sa tumeur, alors plus grosse que le poing, s'affaissa complétement, que la peau correspondante resta plusieurs jours flasque, ridée et comme décollée, et qu'il put facilement, avec le doigt, toucher au bourrelet dur, épais et osseux qui existait au niveau du pédicule. Il prétend qu'aucune rupture n'avait eu lieu à la peau au moment de la chute, et qu'aucun liquide ne s'était écoulé. Il n'avait d'abord éprouvé qu'une douleur assez vive, mais de peu de durée ; il s'était relevé seul, et avait pu rentrer chez lui ; mais le lendemain, en voulant se lever, il éprouva des vertiges, une violente douleur au front, et des défaillances qui le forcèrent à rester au lit. Pendant huit jours il ne put se lever ; les accidents se dissipèrent, dit-il, à mesure que la tumeur se reformait, et il put bientôt reprendre ses travaux.

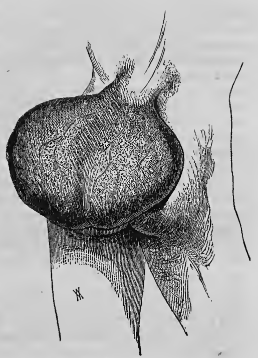
L'année suivante, il ressentit les premières atteintes d'une affec-

tion des voies urinaires dont les symptômes se sont depuis lors continuellement aggravés. Il éprouva d'abord des douleurs lombaires et vésicales, et devint bientôt sujet à des hématuries fréquentes, et quelquefois très-abondantes. L'émission de l'urine était laborieuse et douloureuse ; le jet, contourné en tire-bouchon et peu volumineux, s'arrêtait souvent tout à coup avant la fin de la miction. Plusieurs fois il y eut rétention complète pendant deux ou trois jours, et le cours de l'urine ne se rétablissait qu'après de grands efforts et après l'expulsion d'un caillot ou d'un gravier. Le malade raconte qu'il a pu quelquefois faire cesser ses rétentions d'urine en s'introduisant dans l'urèthre une longue paille de seigle.

La région de la vessie était le siége de douleurs presque continuelles et plus ou moins aiguës. La verge était douloureuse aussi, surtout au bout du gland ; il avait sans cesse envie d'uriner, même lorsqu'il avait rendu toute son urine. Malgré ces graves accidents, P... continuait encore à travailler comme journalier terrassier ; mais, à l'âge de vingt-cinq ans, les progrès toujours croissants de sa tumeur lombo-sacrée l'obligèrent à renoncer à ces travaux pénibles. Quand il faisait des efforts ou que sa tumeur était soumise à une pression même légère, il éprouvait des vertiges. Néanmoins, il continua à cultiver lui-même le petit enclos qui entourait sa maison.

En 1832, à l'âge de trente-deux ans, après une hématurie abondante, il eut une rétention d'urine qui dura plusieurs jours. La vessie prit un développement énorme ; le ventre était tendu, les douleurs atroces. Il se forma enfin au périnée un abcès qui s'ouvrit spontanément, qui donna issue à une énorme quantité de pus, de sang et d'urine, et qui laissa une fistule urinaire ; cinq ou six autres fistules se formèrent bientôt dans la même région.

Malgré l'existence de ces divers trajets, l'émission de l'urine continua à s'effectuer en partie par l'urèthre. Le malade pouvait quelquefois retenir son urine pendant deux heures, et l'expulser en jet par le méat ; d'autres fois, tout s'écoulait par les fistules ; d'autres fois enfin, il restait un ou deux jours sans pouvoir uriner, et ces accidents de rétention disparaissaient lorsque le malade, après de grands efforts, expulsait enfin un ou plusieurs graviers soit par l'urèthre, soit par les fistules. Il avait ainsi rendu un grand nombre de graviers, qu'il avait conservés; la plupart étaient grisâtres, quelques-uns noirâtres. Il y en avait d'assez friables ; d'autres étaient durs, polis et à facettes.



Tel était l'état de ce malheureux lorsqu'il vint me consulter en 1837. Il avait alors trente-sept ans ; sa tumeur, que je fis dessiner, avait acquis un volume égal à celui d'une tête d'adulte. La verge était rétractée et difforme ; le prépuce, allongé, gonflé et durci, ne pouvait être ramené en arrière du gland. Le périnée, continuellement baigné d'urine, était rougeâtre, criblé de pertuis fistuleux et couvert d'excoriations. L'existence d'une affection calculeuse était évidente, mais la constitution était profondément altérée, et il était permis de se demander si cet homme, avec son énorme spina-bifida, pourrait résister à une opération de taille ou de lithotritie. Je pris donc le parti de l'adresser à mon ami Moulinié, qui était alors chirurgien de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux.

J'extrais les détails suivants, relatifs à la tumeur du spina-bifida, de l'observation que je rédigeai à cette époque.

« Cette tumeur, qui retombe derrière le sacrum, s'implante jusque sur la partie inférieure de la colonne lombaire par un pédicule dont la circonférence est de 50 centimètres.

» Elle présente une dépression verticale, correspondant à la ligne médiane, qui la partage en deux lobes inégaux, le droit moitié moins volumineux que le gauche : elle est pendante, recouvre les fesses jusqu'au pli des cuisses. Le sommet, renflé, particulièrement à gauche, a une circonférence de 62 centimètres : mesurée de l'implantation su-

périeure du pédicule sur les vertèbres lombaires, à son implantation inférieure vers le coccyx, elle a une circonférence de 46 centim. : son diamètre transversal, mesuré au compas d'épaisseur, est de 26 centimètres : celui d'avant en arrière est de 15 centimètres, dans le point le plus saillant.

» Elle présente une fluctuation manifeste, est compressible, et diminue un peu de volume par la pression ; elle est piriforme, irrégulière, aplatie d'arrière en avant et de droite à gauche ; la peau, sans changement de couleur dans sa plus grande étendue, est d'un rouge livide sur la partie la plus saillante à gauche ; elle est sillonnée par plusieurs troncs veineux assez considérables, qui rampent en convergeant vers le pédicule ; elle offre aussi plusieurs traces d'anciennes cicatrices.

» Cette tumeur est habituellement indolente, n'incommodant que par son poids ; mais elle devient quelquefois le siége de douleurs lancinantes qui durent peu, et qui se propagent aussitôt aux lombes et *au front*. Elle est extrêmement sensible au moindre choc, ou même à une légère pression continuée quelques minutes ; ces deux causes suffisent pour y développer une douleur qui se communique aussi *à la tête*. Le front devient très-douloureux, la face animée, les yeux rouges, larmoyants, plus particulièrement le gauche, dans lequel il éprouve un sentiment d'arrachement ; il a des vertiges, des tintements d'oreilles, la syncope devient imminente. Il souffre beaucoup plus de son mal pendant les chaleurs de l'été que par un temps froid, et plus encore lorsque par la nature de ses travaux il est obligé d'avoir la tête penchée : il est forcé, dans ce cas, de se relever promptement, de porter la main sur sa tumeur et de la déprimer en bas ; cela suffit pour faire cesser aussitôt tous les accidents ; il est sujet à des fourmillements dans les lombes et la partie postérieure des cuisses. »

Moulinié ayant reçu ce malade dans son service, voulut d'abord le sonder pour s'assurer de l'existence des calculs urinaires ; mais la dégénérescence du prépuce ne lui permit pas de trouver le méat urinaire ; il commença donc par pratiquer la circoncision. Lorsque le malade fut guéri de cette opération, le cathétérisme fut encore essayé ; mais on trouva l'urèthre rétréci en plusieurs points. On eut recours à la dilatation, et finalement on put introduire une sonde d'argent dans la vessie et s'assurer que cet organe était rempli de calculs.

Moulinié, sans hésitation se décida alors à pratiquer la taille latéralisée, opération rendue très-difficile par la présence de la tu-

meur, qui ne permettait pas de coucher le malade sur le dos. Il fallut le coucher sur le côté, et le chirurgien dut se placer derrière lui. La vessie renfermait un grand nombre de calculs, dont le volume variait depuis celui d'un noyau de cerise jusqu'à celui d'une noisette.

Il ne survint aucun accident, mais la plaie de l'opération ne se referma qu'incomplétement. — Peu de temps après, Moulinié reconnut qu'il y avait encore des calculs dans la vessie, il dilata la plaie à plusieurs reprises pour les extraire. Le malade quitta alors l'hôpital et revint chez lui; je le vis peu de temps après; la plaie de l'incision laissait écouler librement l'urine, et tous les trajets fistuleux du périnée s'étaient cicatrisés; cette ouverture unique ne se referma plus et resta assez large. On lui avait donné à l'hôpital une grosse sonde d'argent qu'il introduisait fort adroitement soit dans l'urèthre, soit dans l'ouverture périnéale; il s'en servait très-fréquemment jour et nuit, mais il pouvait quelquefois rendre ses urines sans le secours de cet instrument. Il rendait souvent de petits graviers par la sonde, mais lorsque les calculs étaient plus volumineux, il les rendait par l'ouverture du périnée avec des douleurs affreuses et après de grands efforts.

Dans les dernières années, il avait imaginé de se sonder par le périnée, et d'aller heurter avec sa sonde les calculs vésicaux, de manière à les user ou à les broyer. Il le faisait fort adroitement et si souvent, qu'il finit par user entièrement sa sonde. Il fallut lui en donner une autre.

Dans ce triste état, P... continuait encore à travailler et à gagner sa vie. Tout en cultivant, non sans grande peine, son petit enclos, il se mit à fabriquer et à raccommoder des paniers. Quand il avait besoin de faire une petite course, il se servait de béquilles, mais seulement pour conserver l'équilibre, et pour contre-balancer le poids de sa tumeur, qui l'entraînait tantôt en arrière, tantôt en avant.

La fin de l'observation a été recueillie par mon confrère M. Emile Marchand, qui a obtenu l'autorisation de faire l'autopsie. Je transcris ici les renseignements qu'il a bien voulu me donner :

« J'ai vu P... deux mois avant sa mort. Il pouvait encore marcher sans ses béquilles, et a pu se promener dans sa chambre presque jusqu'au dernier moment.

» Il ne souffrait que de la vessie. Pour se soulager, il introduisait dans la grande fistule du périnée une grosse sonde de métal, et remuait ses calculs afin de les broyer et de faire une route pour l'urine.

La mort a certainement été le résultat de l'affection des voies urinaires. L'hydrorachis n'y a été pour rien.

» A l'autopsie, j'ai trouvé la vessie très-petite ; ses parois avaient 1 centimètre d'épaisseur. Elle contenait plusieurs calculs blancs et friables qui la remplissaient exactement. Un large trajet qui allait s'ouvrir au périnée faisait communiquer cet organe avec l'extérieur. La prostate avait son volume normal. Les reins ne renfermaient pas de calculs.

» La tumeur de l'hydrorachis était piriforme, molle, peu tendue, et grosse comme la tête d'un adulte. Ses enveloppes étaient minces, mais relativement très-résistantes. Elle renfermait plusieurs litres d'un liquide transparent, très-légèrement citrin, semblable à celui de l'hydrocèle. Plusieurs vertèbres lombaires étaient largement fendues ; au fond de cette fente on voyait la moelle, qui était d'un blanc parfait et paraissait saine. »

J'ajoute que P... est mort en 1843. Il avait alors quarante-trois ans. Il avait survécu six ans à l'opération de taille pratiquée par Moulinié.

Obs. II. — *Spina-bifida de la région lombaire chez une jeune fille qui a vécu jusqu'à vingt-trois ans.*

Marie P... naquit au bourg de Saint-Antoine, près Sainte-Foy, le 6 mars 1831. Ses parents étaient métayers ; ils avaient déjà eu deux enfants parfaitement constitués.

Dès l'instant de la naissance, on constata que la petite fille portait au bas des reins une tumeur en forme de champignon. Elle avait huit mois lorsqu'on me la présenta pour la première fois. C'était alors une belle enfant, bien développée pour son âge, grasse, gaie et forte. Elle n'avait éprouvé aucun dérangement depuis sa naissance.

Sa tumeur lombaire, au dire de la mère, était exactement dans le même état qu'au moment de la naissance, sous le rapport de la forme comme sous le rapport du volume : c'était une tumeur arrondie, hémisphérique, large de 5 centimètres, faisant derrière la colonne lombaire une saillie de 3 ou 4 centimètres ; elle s'implantait sur la face postérieure de cette colonne, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, par un pédicule à peu près cylindrique, dont le diamètre était d'environ 15 millimètres ; ce pédicule, long de 4 centimètres, s'évasait à son extrémité postérieure pour former en s'épanouissant le sac hémisphérique qui constituait la tumeur. Celle-ci était fluctuante, tendue, mais compressible et en partie réductible. Elle devenait molle

et flasque lorsqu'on la comprimait quelques instants, ce qui provoquait des cris, de l'agitation et une vive congestion de la face. La peau qui entourait le pédicule, la face antérieure et les bords de la tumeur, était saine, et avait son épaisseur normale. Mais sur la face postérieure ou convexe de la tumeur, elle était amincie et éraillée par bandes verticales. Au niveau de ces éraillures, qui étaient comparables à celles de la peau de l'abdomen dans certains cas d'ascite, la paroi de la tumeur était constituée par une membrane mince, luisante, demi-transparente, à travers laquelle on apercevait le liquide séreux de la poche, et sur laquelle rampaient quelques vaisseaux capillaires. La surface de la tumeur à ce niveau était habituellement humide, et exigeait de grands soins de propreté.

Tel était l'état de la tumeur à l'âge de trois mois. Je me bornai à prescrire des soins de propreté et à recommander à la mère de soustraire la tumeur à toute pression, à toute irritation. Il ne survint aucun accident. La petite fille se développa très-bien; elle fut toujours moins forte que les enfants de son âge, dont elle partageait les jeux. Elle était très-intelligente, et suivit l'école communale avec aptitude et succès. Elle eut la rougeole et la scarlatine, qui furent sans gravité. Elle n'eut aucune autre maladie qui mérite d'être mentionnée.

La tumeur, qui était restée stationnaire jusqu'à l'âge de huit mois, s'accrut ensuite peu à peu, et, sans changer de forme, atteignit un volume double de celui qu'elle présentait pendant les premiers mois de la vie. En même temps, la peau qui recouvrait sa face postérieure se consolida et s'épaissit d'une manière notable. Les éraillures transparentes que je viens de signaler se rétrécirent graduellement et finirent par disparaître. Le suintement séreux disparut en même temps. La peau n'était pas sensible au frottement des vêtements; mais lorsqu'une cause quelconque, comme un choc ou une pression un peu forte, venait à diminuer le volume de la tumeur, la jeune fille éprouvait de vives douleurs qui se propageaient immédiatement dans la tête, et particulièrement dans la région frontale.

A treize ans, Marie fut placée en apprentissage comme couturière; mais elle fut obligée de renoncer à cette profession. Elle ne pouvait rester longtemps assise avec le corps courbé en avant. Ses parents ne lui permirent pas d'aller travailler dans les champs; ils la chargèrent des soins du ménage, dont elle s'acquittait très-bien. Elle n'avait pas les jambes faibles; elle était gaie, fraîche, grasse et de taille moyenne. Elle fut réglée à quinze ans sans aucun accident; mais à partir de cette époque, elle fut sujette à des céphalalgies qui reve-

naient à des intervalles longs et irréguliers, qui ne coïncidaient nullement avec les époques menstruelles, et qui, disait-elle, n'avaient aucune analogie avec les douleurs de tête provoquées par la compression de sa tumeur.

A l'âge de dix-huit ans, elle fit une chute sur le dos. Quelques mois après, elle devint valétudinaire, maigrit et s'affaiblit graduellement. Sa colonne vertébrale devint le siége d'une déviation latérale droite dans la région dorsale. L'épaule devint proéminente, la respiration courte et gênée. A partir de cette époque, Marie fut très-souvent malade; néanmoins, elle continuait de s'occuper des soins du ménage.

Elle mourut le 16 juin 1854, d'une maladie que je ne puis préciser, n'ayant pas été appelé auprès d'elle à cette occasion. Les parents m'ont dit qu'elle n'avait été alitée que dix jours avant sa mort.

RAPPORT.

M. GUÉRIN lit un rapport sur un travail de M. Lukomski.

Traitement de la syphilis par la vaccination. — Mémoire de M. Lukomski. (Commission : MM. Cullerier, Follin, Alph. Guérin, rapporteur.)

Le monde médical, si souvent accusé d'intolérance pour l'empirisme, s'est montré depuis quelques années d'une complaisante crédulité, à laquelle nous devons la communication de quelques travaux, qui par leur mérite n'étaient peut-être pas destinés à fixer l'attention des Académies.

Lorsque les guérisseurs se contentaient de la publicité que l'on trouve à la quatrième page des journaux, une Société savante eût consenti difficilement à s'occuper d'un moyen thérapeutique qui n'eût été vanté que par un homme n'ayant ni la mission ni le droit de l'administrer.

L'hospitalité que nous donnons aux travaux de pure imagination pourrait avoir de grands inconvénients, si nous n'y prenions garde.

Ces réflexions me sont suggérées par un mémoire dont je dois vous entretenir au nom d'une commission dont MM. Cullerier et Follin font partie.

Il a été présenté à la Société de chirurgie par M. Lukomski, employé dans les forêts de l'empire de Russie; il est intitulé *Du traitement de la syphilis par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus-vaccin.*

L'accueil que vous faisiez à ce travail nous imposait le devoir de l'étudier, et d'en soumettre les conclusions à l'expérimentation que

son auteur réclamait. Après avoir lu le mémoire de M. Lukomski, j'avoue que j'eus tout de suite la crainte que la Société de chirurgie n'eût donné à ce travail une importance exagérée. A chaque page, à chaque ligne, je reconnaissais que l'auteur était peu compétent pour résoudre la question à laquelle il prétendait donner une solution scientifique. Plusieurs fois M. Lukomski avait dit qu'il n'était pas médecin; il avait même adressé à ce sujet une réclamation à un journal qui l'avait honoré du titre de docteur. Tout dans ses allures dénotait un homme de bonne foi; mais son travail, avant toute expérience faite par nous, disait bien haut qu'il n'avait sur la vérole que les notions les plus vulgaires.

Ayant contracté une affection vénérienne qu'il ne décrit pas, et ayant en vain cherché à s'en débarrasser par un traitement non mercuriel, il se fit revacciner dans la crainte de la variole, et bientôt toute trace de syphilis ne tarda pas à disparaître.

Comme il le dit lui-même, ce fait était insuffisant pour établir sur des bases inébranlables les propriétés antisyphilitiques du vaccin; mais cette guérison éveilla son imagination, et il commença à vacciner tous les malades affectés de syphilis qui lui tombèrent sous la main.

Le résultat de ces vaccinations est consigné dans un mémoire renfermant des observations qui n'ont aucune valeur scientifique (1). Votre commission a donc dû chercher à s'éclairer par des expériences faites dans les services spéciaux dont M. Cullerier et moi nous sommes chargés.

Avant de vous faire connaître les résultats de nos expériences, je veux vous dire comment M. Lukomski inocule le vaccin.

Il se sert d'une aiguille à coudre un peu grosse, pour gratter l'épiderme et pour tracer des lignes longues de 2 centimètres, qui se croisent à angle droit, à la manière des hachures. Nous avons compté jusqu'à 80 égratignures dans une seule scarification. Lorsque la peau a été ainsi égratignée, on la recouvre du vaccin, qui a été préalablement délayé dans un peu d'eau sur une plaque de verre.

Je crois ce procédé très-propre à assurer l'inoculation. M. Lukomski pense que plus la surface d'absorption est considérable, plus est grande l'influence du vaccin.

---

(1) La Société de chirurgie, après avoir entendu la lecture de ces observations, a décidé qu'il n'y avait pas lieu de les publier.

En m'entretenant avec lui, je ne manquai pas de lui témoigner mon étonnement à ce sujet, en lui disant que la dose de virus ne paraît pas avoir d'influence sur les manifestations de la vérole et de la variole; il persista à soutenir qu'il guérissait par l'absorption d'une grande dose de vaccin.

Je lui avais objecté que je comprendrais l'influence du vaccin, lorsqu'il produit une manifestation locale et générale, mais que mon esprit se refusait à l'admettre lorsque le virus, dont l'activité ne nous paraît s'exercer qu'alors qu'il manifeste son action par un peu de fièvre et par une pustule, ne donne lieu ni à une pustule ni à toute autre manifestation.

M. Lukomski, me répondant par une simple affirmation, n'avait pas l'autorité suffisante pour changer mes convictions, et pourtant, je dois l'avouer, malgré l'étrangeté de ces opinions, je commençai mes expériences avec une lueur d'espoir, que m'inspirait sans doute le désir de trouver un nouveau remède pour une maladie qui paraît d'autant plus rebelle, que l'on a de plus fréquentes occasions de l'étudier.

M. Lukomski commença le 31 octobre 1859 ses vaccinations dans le service de M. Cullerier. Le premier malade dont il entreprit la guérison était affecté d'un chancre induré du méat urinaire, avec pléiades ganglionnaires indurées des aines.

M. Lukomski se disait sûr d'empêcher l'apparition de la roséole. Déjà deux vaccinations avaient été pratiquées, lorsque, le 7 novembre, M. Cullerier crut apercevoir quelques taches de roséole; M. Lukomski affirma que la roséole ne paraissait pas.

Mais le 8, le doute n'était plus permis; l'érythème syphilitique couvrait la plus grande partie du corps.

Je n'insisterai pas longuement sur cette observation. Le malade, ayant encore été vacciné et voyant que la roséole persistait, le 21 décembre, se décida à quitter l'hôpital.

Le second malade avait un chancre induré de la commissure droite des lèvres, avec induration des ganglions sous-maxillaires correspondants. La lèvre inférieure était, en outre, le siége de quelques plaques muqueuses superficielles, et autour de l'anus et sur le scrotum on voyait des plaques muqueuses dont quelques-unes faisaient une saillie assez considérable. Une roséole légère existait depuis deux jours, et les ganglions cervicaux postérieurs étaient indurés. M. Lukomski pratiqua à ce malade quatre inoculations le 31 octobre, cinq autres le 6 novembre; huit, le 13. Le malade quitta l'hôpital le 14 dé-

cembre, ayant encore des plaques muqueuses au scrotum, à la verge et à l'anus.

Ces deux observations, dont je ne vous ai donné que le résumé, disent assez l'insuffisance de la vaccination pour enrayer la marche de la vérole.

Deux femmes syphilitiques de mon service n'ont pas été plus heureuses.

Pour ne pas donner à mon rapport une longueur disproportionnée avec l'importance du sujet, je me suis contenté d'analyser les observations qui précèdent. Je vous demande la permission d'insister un peu plus longuement sur la suivante.

Une fille de vingt et un ans, d'une constitution vigoureuse, ayant été vaccinée dans son enfance et portant encore les traces de cinq pustules de vaccine, ayant eu en outre une varioloïde à l'âge de sept ou huit ans, entra dans mon service, à l'hôpital de Lourcine, le 6 octobre 1859.

A cette époque, les grandes lèvres de cette malade étaient œdématiées, et leur face interne était couverte de plaques muqueuses. Les ganglions des deux aines étaient volumineux, durs et indolents. L'anus était entouré de plaques muqueuses moins développées que les précédentes.

Je constatai en outre un peu d'érythème guttural, quelques ganglions cervicaux durs, mais peu volumineux. Il n'y avait d'ailleurs ni roséole ni alopécie.

Les plaques muqueuses ayant été cautérisées avec la solution de nitrate d'argent, je prescrivis 5 centigrammes de proto-iodure de mercure.

Le traitement par le proto-iodure et par la cautérisation des plaques muqueuses fut continué jusqu'au 1er novembre, époque à laquelle M. Lukomski entreprit la cure par l'inoculation du vaccin.

L'œdème de la vulve avait alors disparu, ainsi que les plaques muqueuses des grandes lèvres et de l'anus; les ganglions des aines, peu volumineux à droite, avaient grossi à gauche et étaient devenus d'une dureté caractéristique; bien que quelques cheveux eussent tombé, le cuir chevelu ne paraissait pas malade; la voûte palatine était le siége d'une plaque muqueuse ayant environ les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

On voyait en outre une plaque muqueuse au fond de la bouche, entre les maxillaires inférieur et supérieur du côté gauche, et une autre à la lèvre inférieure, près de la première molaire gauche. Il y

avait enfin de l'érythème guttural et une petite plaque opaline sur l'amygdale gauche.

Trois inoculations vaccinales furent pratiquées au bras gauche de la malade et deux à son bras droit.

Le 4 novembre, les points scarifiés du bras gauche étaient entourés d'une aréole rouge, et l'épiderme des surfaces inoculées était soulevé par de la sérosité jaunâtre. A droite, les parties scarifiées, moins rouges, étaient devenues saillantes.

Les plaques muqueuses étaient dans le même état. Je crus apercevoir le commencement d'une roséole. M. Lukomski soutint qu'il n'y en aurait pas.

Le 5, les parties scarifiées sont devenues le siége d'une inflammation phlegmoneuse qui a causé de l'insomnie et de la fièvre. La roséolo est incontestable ; elle est particulièrement apparente sur le tronc. La violence de l'inflammation des bras m'oblige à prescrire des cataplasmes et un julep diacodé.

Le 6, les accidents inflammatoires se calment, mais la plaque muqueuse de la voûte palatine est devenue plus saillante, ses bords sont plus accentués ; elle est creusée de sillons profonds. La roséole suit sa marche ordinaire.

Le 17, les pustules vaccinales étant sèches, deux nouvelles inoculations sont pratiquées sur la face antérieure de l'avant-bras gauche.

Le 24, on en pratique deux au bras droit, puis deux le 29, et deux autres le 9 décembre.

A cette époque, la malade ayant été vaccinée cinq fois en cinq semaines, nous étions en droit de demander au prétendu traitement un peu d'atténuation des accidents syphilitiques ; et pourtant la vérole se développait avec une vigueur qui m'effrayait et dont la pauvre fille sujet de l'expérience commençait à se plaindre. Je dois dire ici que je n'avais point donné à la malade plus d'espoir que je n'en avais moi-même. Je lui avais proposé de se soumettre au traitement de M. Lukomski, en la prévenant que j'y avais peu de confiance.

Le 19 décembre, de nouvelles plaques muqueuses se sont montrées à la vulve, au nombre de 10 ou 12 pour chacune des deux grandes lèvres. La roséole est dans toute son intensité. Une plaque opaline couvre la face antérieure de la luette, et la plaque palatine grandit toujours. Nouvelles vaccinations.

Le 29, la plaque muqueuse du palais occupe les trois quarts de la voûte palatine, et la vulve, couverte de plaques suintantes, est devenue tellement douloureuse, que la malade ne peut plus quitter le lit.

M. Lukomski reconnaît lui-même que c'est là un insuccès éclatant.

Je repris alors le traitement par le proto-iodure de mercure et par la cautérisation. Bientôt l'état de la malade s'améliora, mais je dus la garder à l'hôpital jusqu'au 29 février 1860, pour obtenir une guérison complète.

La seconde malade ne fut pas plus heureuse : entrée à la salle Sainte-Marie pour des plaques muqueuses de la vulve, elle n'avait été soumise à aucun traitement interne, lorsque, le 20 novembre 1859, M. Lukomski entreprit de la guérir par des vaccinations multiples.

Vaccinée le 20, le 24 et le 29 novembre, puis le 9 décembre et le 3 janvier, elle subit dans ce laps de temps le développement de la syphilis, sans que les symptômes aient paru un instant modifiés par le vaccin. Quand les plaques muqueuses, qui à son entrée étaient bornées à la vulve, apparurent à l'isthme du gosier, la malade se plaignit, disant qu'une cautérisation par la pierre infernale, pratiquée le jour de son entrée, l'avait beaucoup soulagée. Elle céda pourtant aux prières de M. Lukomski et resta soumise jusqu'au 16 janvier, époque à laquelle j'appris qu'elle s'était baignée deux fois à mon insu. Je n'avais pas le droit de demander à cette pauvre femme une confiance plus longue dans un traitement sur l'inefficacité duquel j'étais fixé. Je lui prescrivis donc le traitement par le proto-iodure de mercure, qu'elle suivit jusqu'au 26 mars, époque à laquelle elle sortit de l'hôpital débarrassée des signes apparents de la syphilis.

Après de pareils insuccès, il devient inutile de discuter une méthode thérapeutique qui, étant complétement inefficace, laisse à la vérole le temps de se développer, de prendre de plus profondes racines et de devenir ainsi plus difficile à guérir. Si mon expérience n'est pas en défaut, je crois, en effet, pouvoir affirmer que le traitement antisyphilitique est bien plus efficace au début de la maladie qu'à l'époque où l'économie est comme saturée par le virus, en exceptant cependant les accidents dits tertiaires qui, comme on le sait, guérissent très-facilement.

Il a fallu que je tinsse à remplir la mission qui m'avait été imposée par la Société, pour que je me sois décidé à expérimenter ce traitement par la vaccination; car ma raison se refusait à admettre les théories de M. Lukomski, pour qui le vaccin a d'autant plus d'influence sur la constitution qu'il ne se manifeste pas localement, de sorte que la fausse vaccine aurait plus d'action que le virus qui donne naissance aux pustules, dont le développement est regardé par tout le monde comme l'indice d'une imprégnation de l'économie !

L'auteur du mémoire ne nous étonnait pas moins en soutenant que l'on agit plus directement sur la vérole en pratiquant les scarifications vaccinales au voisinage des symptômes locaux de la syphilis. Enfin, englobant dans une même maladie les plaques muqueuses, les chancres, la blennorrhagie et les végétations, il croyait pouvoir guérir par des vaccinations répétées une femme qui avait à la vulve une masse de végétations du volume du poing ! Ai-je besoin d'ajouter que le résultat trompa l'attente de M. Lukomski ?

A mesure que nous vieillissons, l'espoir de nos jeunes années s'affaiblit et les rêves de découvertes dans lesquels notre amour-propre nous avait bercés s'évanouissent. Arrivés sur cette pente des déceptions, ne soyons pas trop sévères pour ceux qui ont le tort de publier trop tôt et de confondre les conceptions ambitieuses de leur esprit avec les faits démontrés par l'expérience.

M. Lukomski a cru de bonne foi qu'il venait de faire une grande découverte. Sa conviction était si profonde qu'il s'est inoculé la syphilis pour en démontrer la guérison par l'inoculation vaccinale. Malheureusement cette expérience n'est pas plus concluante que celles qui ont été faites à l'hôpital du Midi et à l'hôpital de Lourcine. Il dit, en effet, qu'il fut amené à tenter l'inoculation du vaccin pour se guérir d'une syphilis constitutionnelle qui, en 1854, avait résisté à un traitement dont la durée avait été de trois mois et demi. Le 2 novembre 1857, il eut, dans un but de démonstration, des relations avec une fille qui avait huit chancres à la vulve. Pour être plus sûr de ne pas échapper à la vérole, il répéta deux fois le coït avec cette malade.

Dès le lendemain apparut une vésicule qui en vingt-quatre heures s'ouvrit et donna lieu à une petite ulcération ; de nouvelles vésicules s'étant développées, M. Lukomski eut bientôt trois ulcères qu'il décrit de la manière suivante : « Ils avaient l'aspect caractéristique d'un chancre, des bords taillés à pic, une profondeur suffisante, un fond inégal, granuleux, gris-jaunâtre, sécrétant du pus, saignant à la pression. » Evidemment c'étaient là des chancres, comme le dit M. Lukomski, mais étaient-ce bien des chancres infectants ? Je ne le crois pas, car la description précédente convient parfaitement aux chancres mous. La femme avec laquelle M. Lukomski avait eu des relations n'avait, un an plus tard, qu'une *éruption scabieuse, consistant en de petits boutons coniques qui, en se desséchant, laissaient après eux une desquamation furfuracée.*

Encouragé par les succès de la vaccination, M. Lukomski se soumit à une nouvelle expérience.

Le 13 octobre 1858, M. Plechkow, médecin de l'hôpital de Simphéropol, lui inocula au bras gauche du virus chancreux de *la meilleure qualité qu'il put trouver*. Ce virus fut recueilli sur le chancre de la verge d'un homme qui était malade depuis huit jours. C'est le seul renseignement qui soit consigné dans l'observation. Une piqûre faite avec une lancette et une scarification donnèrent naissance à des chancres dont les bords étaient indurés. Abandonnés à eux-mêmes, ces chancres devinrent très-douloureux, le bras se gonfla, un bubon se forma dans l'aisselle. Du côté où le virus avait été inoculé, les ganglions cervicaux augmentèrent de volume, et l'on put constater de la rougeur et de la tuméfaction des amygdales.

Les signes de la syphilis paraissant alors de toute évidence, M. Lukomski se vaccina en se faisant neuf scarifications sur la moitié gauche de la poitrine. Presque immédiatement il ressentit du soulagement, et, dans le courant de la semaine, les chancres se modifièrent, leurs bords s'amollirent, s'affaissèrent, et l'engorgement des ganglions axillaires et cervicaux disparut, ainsi que la rougeur des amygdales.

Six jours après la première inoculation vaccinale, M. Lukomski se fit douze scarifications sur la moitié droite de la poitrine; huit jours plus tard tous les accidents avaient disparu, et M. Plechkow constata la guérison.

Voilà le résumé de cette observation, qui est loin de nous satisfaire. Pour que le résultat fût inattaquable, il faudrait, en effet, qu'il fût bien prouvé que le chancre inoculé était d'une nature infectante, tandis que le contraire semble bien plus probable. M. Lukomski dit, à la vérité, que les chancres résultant de l'inoculation avaient des bords indurés; mais cette constatation de l'induration n'est pas tellement facile qu'un homme étranger à la médecine puisse décider la question.

Le bubon de l'aisselle, s'accompagnant de rougeur et de douleur, s'expliquerait bien mieux par l'existence de chancres mous. Quant aux ganglions cervicaux et à la rougeur de l'isthme du gosier, qui disparurent au bout de quelques jours, personne, je pense, ne leur accordera une grande signification.

J'aurais voulu que l'on eût dit à quelle époque apparurent ces chancres; M. Lukomski n'en parle pas, mais il dit qu'ils furent abandonnés à eux-mêmes jusqu'au 28 octobre. De sorte que du moment de l'inoculation jusqu'à celui où on commença à s'inquiéter de l'inflammation qu'ils avaient causée, quinze jours seulement s'étaient écoulés, c'est-à-dire le temps souvent nécessaire à l'incubation du vi-

rus infectant. Il est donc probable que du pus de chancre non infectant a été inoculé. Mais admettons, pour un instant, que c'est bien la vérole qui a été transmise à M. Lukomski et combattue par des vaccinations successives.

Est-ce au bout d'un mois que l'on pouvait annoncer une guérison définitive ? Des pustules ont continué depuis cette époque à se montrer en divers points du corps, tantôt sur le front, tantôt sur le menton. On pourrait donc demander à M. Lukomski d'administrer la preuve qu'il est bien radicalement guéri. On serait d'autant plus en droit d'exiger cette preuve, que j'ai vu son menton couvert d'énormes tubercules ulcérés. M. Lukomski n'étant venu qu'une fois à Lourcine pendant qu'il souffrait de cette éruption, je n'ai pas pu établir un diagnostic précis. Je crois pourtant qu'il n'a eu qu'une sycosis.

Si je n'avais déjà donné trop d'étendue à ce rapport, je vous ferais remarquer la singulière aptitude de M. Lukomski à contracter trois fois de suite des chancres infectants.

Mais après les expériences que nous avons faites à l'hôpital du Midi et à l'hôpital de Lourcine, toute discussion me paraît superflue.

Avant de finir, je dois vous rappeler que déjà des expériences qui avaient été faites en Allemagne auraient pu éclairer l'auteur de ce mémoire, puisque, dans le compte rendu des travaux de l'hôpital général de Vienne (1854-1855), on lit cette phrase :

« Mêlé avec le pus d'un chancre, le vaccin produit chaque fois un chancre et non une pustule vaccinale. Nous pouvons aussi conclure de notre expérience que le virus syphilitique n'est point affaibli par la lymphe vaccinale, et que la vaccine n'exerce aucune influence sur la syphilis. » (*Service de M. Sigmund, division des syphilitiques.*)

On trouve aussi dans Friedinger (Vienne, 1855), *La vaccine et la vérole* : « La vaccine n'a aucune action médicatrice sur la vérole, dont elle peut augmenter l'activité. — La vaccine, chez les nouveau-nés, réveille la syphilis latente, elle rend plus intenses les manifestations de la vérole. »

Ces citations, que je dois à mon interne M. Picard, très-familiarisé avec la littérature médicale allemande, prouvent que M. Lukomski n'a pas même la priorité de son erreur.

Votre commission vous propose pourtant de lui adresser des remercîments pour ses bonnes intentions, mais elle vous demande de l'engager à cesser des expériences qui pourraient être dangereuses pour les malades et compromettantes pour lui.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. HUGUIER présente un malade ayant sur le dos de la main gauche une ulcération de nature indéterminée.

S... (Guillaume), âgé de cinquante ans, cantonnier, demeurant à Paris, rue de Chaillot, 8.

Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, on ne trouve sur lui aucune trace de syphilis ancienne.

Il a depuis quinze ans des douleurs rhumatismales, dans les membres inférieurs surtout ; elles augmentent dans les temps humides, et se font principalement sentir le matin. Depuis qu'il prend des bains de vapeur, elles le font moins souffrir.

Il a eu dans son enfance une conjonctivite palpébrale et oculaire. Il est encore atteint aujourd'hui d'une blépharite chronique. Il existe un albugo sur la cornée de l'œil gauche, et un rétrécissement de l'ouverture palpébrale de chaque côté.

Le segment inférieur de la petite circonférence de chaque iris offre de légères inégalités ; il paraît un peu épaissi par suite d'un petit dépôt de lymphe organisée. L'iris a d'ailleurs conservé sa contractilité.

La poitrine est saine aux sommets.

Cet homme porte à la face dorsale de la main gauche une ulcération qui l'a envahie presque tout entière. Elle dépasse en bas la tête des 2e, 3e et 4e phalanges, et elle s'arrête au niveau de la 5e en dedans. Sa base est sensiblement plus élevée que la peau des parties voisines. Elle offre des saillies granuleuses et quelques dépressions, dont la plus considérable siége vers le bord cubital. Si on porte le doigt sur cette surface ulcérée en exerçant une pression modérée, il sort des points voisins du pus bien lié et d'un blanc jaunâtre, sous forme de petites gouttelettes. La même chose se produit quand on presse les bords de l'ulcération, comme si on voulait les rapprocher l'un de l'autre.

Ceux-ci sont irrégulièrement découpés, amincis et un peu renversés vers la partie digitale de l'ulcération. Ils n'ont pas la mollesse de la peau des parties voisines, mais ils n'offrent pas non plus de dureté ou d'induration. La peau, dans le voisinage, est violacée. Il existe un petit ganglion au niveau du bord axillaire du muscle grand pectoral.

Cette ulcération, qui est végétante, granulée et d'un rouge vif, a débuté, il y a seize ans, par un petit bouton que le malade a comparé à une verrue, et qu'il a continuellement écorché. Il siégeait vers

les 2e et 3e métacarpiens, dans la partie inférieure de l'espace. Le malade accuse quelques élancements dans la partie qui est le siége du mal.

Il prend depuis douze jours environ, matin et soir, une petite cuillerée de liqueur de Van Swiéten ; l'ulcération est pansée avec de l'onguent napolitain, et il n'est encore survenu aucune amélioration, si ce n'est une teinte plus rosée de la surface.

M. BROCA pense que cette affection est un cancroïde des glandes sudoripares, comme celle que M. Huguier a déjà fait voir siégeant sur la face dorsale d'un indicateur.

Il ne croit pas que l'ulcération puisse être extirpée, en raison de la formation probable de glandes nouvelles et altérées au-dessous des tendons extenseurs des doigts.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 1er août 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Bæck, de Christiania, membre correspondant, assiste à la séance.

— M. A. GUÉRIN. Les vaccinations successives que j'ai vu pratiquer sur le même malade, à l'occasion du travail de M. Lukomski, m'ont permis de vérifier un fait qui, à cause de son importance, ne peut manquer d'intéresser la Société.

Une de mes malades de l'hôpital de Lourcine ayant été vaccinée, et des pustules de vaccine s'étant montrées quatre jours après l'inoculation, nous pratiquâmes à cette époque une nouvelle vaccination, et, *dès le lendemain,* apparut une nouvelle pustule dont l'évolution fut semblable à celle des pustules dont l'apparition avait nécessité une incubation.

Ce fait, qui avait déjà été observé par Bryce et cité par M. Cazenave, prouve que l'incubation est nécessaire à l'imprégnation de l'économie, et que lorsqu'une pustule ou un chancre se montre plusieurs jours après l'inoculation, on ne peut pas par la cautérisation détruire le principe de la maladie.

On pourrait encore conclure de ce fait, par analogie, que les accidents vénériens qui apparaissent après l'inoculation immédiatement, c'est-à-dire sans incubation, ne sont pas de nature à infecter la constitution, et que leur sphère d'activité est nécessairement bornée.

Cette expérience tend, d'un autre côté, à rendre plus difficile le diagnostic des chancres infectants. On sait, en effet, que, depuis la distinction qui a été faite entre le chancre induré et le chancre mou, l'inoculation sur le malade a été considérée comme le critérium infaillible de la nature de l'ulcération.

Quand l'inoculation est positive, on assure que le chancre auquel on a emprunté le pus est nécessairement de nature bénigne et non infectant. On s'est cru d'autant plus fondé à soutenir cette doctrine que, l'inoculation du pus de chancre induré sur un sujet sain donnant lieu à une incubation qui varie de quelques jours à plusieurs semaines, dans les cas où une pustule apparaît dès le lendemain de l'inoculation, on a dû se croire en droit d'affirmer que l'ulcération était de nature bénigne et seulement un accident local. Mais après l'expérience faite avec le vaccin, l'analogie nous permet de penser qu'un chancre induré peut donner du pus inoculable sur le malade le lendemain ou le surlendemain du jour de son apparition ; car le pus vaccinal, comme le pus du chancre induré, n'est plus inoculable sur le sujet précédemment inoculé, quand la pustule a déjà un certain degré d'ancienneté que des expériences ultérieures détermineront.

Si le pus du chancre induré est, au début de l'ulcération, inoculable sur le malade, l'expérience de Bryce nous autorise à penser que l'*ulcération qui résulte de cette inoculation doit se montrer dès le lendemain,* comme pour les chancres non infectants. L'inoculation ne pourrait donc plus différencier les chancres que si elle était pratiquée quelques jours après les premières manifestations de la maladie, puisque chancre induré et chancre mou seraient, au début, *inoculables sur le malade lui-même, et tous les deux sans incubation.*

J'espère que ce fait résultant des doubles vaccinations servira à éclaircir la question tant controversée de la diversité des virus.

M. DEPAUL. Dans le rapport qui nous a été lu dans la dernière séance par M. Guérin, notre collègue a mentionné une observation de Bryce, qui aurait pratiqué une deuxième inoculation vaccinale cinq jours après une première qui avait déjà donné lieu à des pustules. Cette deuxième inoculation aurait produit dès le lendemain une ou plusieurs pustules aussi développées que les premières. Cette expérience

ayant été donnée comme unique dans la science, j'ai cru devoir faire des réserves à cet égard, et je viens aujourd'hui par quelques citations montrer que les premiers vaccinateurs se sont occupés de la question de savoir combien de jours après une première vaccination on peut encore en faire une seconde avec succès.

Voici, en effet, ce qu'on trouve dans le rapport du comité central de vaccine, publié en 1803 (p. 262 et suiv.) :

« On sait que la vaccine, quand elle s'est bien développée, ne se reproduit plus pour l'ordinaire, au moins très-régulièrement, sur les mêmes individus. On avait ainsi le moyen, en faisant à toutes les époques de secondes vaccinations sur les sujets déjà soumis à ce procédé, en prenant la matière sur eux-mêmes ou sur un autre individu, de s'assurer du jour où s'établit l'effet entier de la vaccine, lequel doit constituer son action préservatrice. Voici les résultats que nous avons obtenus de ces essais, dont le comité s'est occupé avec soin. »

Je résume fidèlement les diverses expériences rapportées :

1° Un enfant de huit ans est vacciné le 9 prairial an IX. La vaccine ne produit son effet qu'au bout de quinze jours, et il ne se développe qu'un seul bouton. Dix jours après, seconde inoculation de vaccine, qui ne fut suivie d'aucun résultat.

2° Sur un enfant qui avait un seul bouton sur le bras droit, au bout de dix jours d'une première vaccination, on pratique une deuxième vaccination, qui reste sans résultat.

3° Sur un autre enfant vacciné dix jours auparavant, et qui avait des boutons sur le bras gauche, une seconde vaccination ne produisit rien.

4° Dans deux cas, du vaccin pris dans les boutons d'une première vaccination fut inutilement inoculé aux enfants qui l'avaient fourni.

5° Un enfant de sept ans, vacciné par trois piqûres à chaque bras, avait un seul bouton à gauche le quatrième jour. Il fut revacciné le cinquième jour avec du vaccin pris sur un autre individu. Cette seconde vaccination eut son effet et se développa avec la première.

6° Le fils du citoyen de Jussieu n'ayant eu qu'un seul bouton, quoiqu'on eût fait plusieurs piqûres, on le revaccina huit jours après la première vaccination. Cette seconde tentative resta sans effet.

7° Sur quatre enfants vaccinés, on inocula la matière de leurs propres boutons les huitième, neuvième, dixième et treizième jours. Dans les trois premiers, il ne s'était développé qu'un travail de même nature que celui qui s'observe sur les individus qui ont eu la petite

vérole. Tout était desséché en quatre ou cinq jours. Dans le dernier, les piqûres se cicatrisèrent promptement.

8° A l'hospice du comité, où de nombreux essais ont été faits, on croit s'être assuré que l'instant où l'aréole commence à se former est celui où une seconde vaccination reste inerte. On a pu, jusqu'au sixième jour d'une première, reproduire une seconde vaccination. Mais il n'est pas arrivé de la développer sur le même individu avec du vaccin pris dans ses propres boutons.

9° Valentin (de Nancy) a vu des secondes vaccinations réussir aux quatrième, cinquième et septième jours d'une première. Il dit avoir observé une marche plus rapide dans ces secondes piqûres, qui avaient été faites avec la matière prise sur les boutons mêmes de ces individus.

10° M. S... (de Dunkerque) a vu une deuxième vaccination, faite le neuvième jour avec la matière prise dans les boutons du même sujet, rester nulle.

Voici maintenant ce qu'on lit dans le *Traité de vaccine* de M. Bousquet (1848) :

« J'ai vacciné des enfants à toutes les distances de la première vaccination, le deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième jour, et jamais la seconde opération n'a réussi entre mes mains au delà du cinquième ou sixième jour, quoique je prisse mes précautions pour en préparer le succès, jusqu'à suspendre la marche de la première en détruisant les boutons. S'il venait un commencement de vaccine, cette vaccine n'avait pas en elle la puissance de continuer sa marche. Elle ne naissait pas viable. A la juger à son apparition, on eût cru le contraire ; mais à peine avait-elle fait quelques pas que ses forces l'abandonnaient, et, malgré la différence d'âge, elle se flétrissait, et s'éteignait quelquefois avec la première et souvent plus tôt que la première. »

Enfin, j'ajouterai que M. le professeur Trousseau, qui s'est occupé de beaucoup de questions se rapportant à la vaccine, a fait publiquement à l'Hôtel-Dieu de nombreuses expériences destinées à éclairer le point spécial qui nous occupe en ce moment. Les résultats de ces expériences sont consignés dans un ouvrage qui est actuellement sous presse, et qui ne tardera pas sans doute à paraître.

M. CHASSAIGNAC rappelle le fait de Bryce dans toute sa précision. Bryce pratique une seconde vaccination sur un sujet vacciné depuis dix jours, et il voit survenir vingt-quatre heures après des pustules vaccinales de bon aloi, dont le développement se met à l'unisson des

premières, et avec lesquelles elles parcourent simultanément l'évolution normale des boutons de vaccine.

C'est là un fait très-saisissant qui prouve que le développement des phénomènes de la vaccine est beaucoup plus rapide dans une économie déjà influencée par le vaccin que dans une économie vierge.

M. A. GUÉRIN. Après avoir entendu l'argumentation de M. Chassaignac et la réponse qui lui a été faite par M. Depaul, je crois que les citations empruntées aux publications du comité de vaccine portent à côté du fait sur lequel j'ai appelé l'attention de la Société.

J'ai rappelé l'expérience de Bryce, je l'ai rapprochée d'une observation faite récemment par moi, et j'ai dit qu'au point de vue de l'évolution des maladies virulentes, il est très-intéressant de savoir qu'une inoculation de vaccin, faite le jour où apparaît une première pustule vaccinale, donne lieu à des pustules qui se développent *sans incubation préalable.*

Les faits cités par M. Depaul ont sans doute un grand intérêt, mais ils ne prouvent pas que les vaccinateurs aient remarqué la différence capitale qui existe entre l'évolution des premières pustules et celle des revaccinations que l'on pratique après *l'incubation.*

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire,* pour 1859 ; in-8°.

2° *Sur une épidémie de dyssenterie dans la ville et le district médical de Krageroë* (Norvége), par MM. Homan et Hartwig. (Ouvrage en norvégien offert par M. Boeck) ; Christiania, 1860, in-8°.

3° *Essai sur les luxations de l'astragale*, par M. Grénier. (Thèse inaugurale offerte par M. Broca) ; Paris, 1860, in-4°.

— M. le docteur Ancelet, de Wailly-sur-Aisne, adresse à la Société les ouvrages suivants, dont il est l'auteur :

1° *Note sur l'emploi des fumigations intra-pleurales consécutives à l'opération de la thoracentèse ;* Reims, 1857, in-8°.

2° *Observations et remarques pour servir à l'histoire des luxations du genou ;* Lyon, in-8°, sans date.

3° *Parallèle des différents modes de traitement du varicocèle;* Paris, 1857, in-8°.

4° *Note sur un nouveau moyen d'éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations ;* Paris, 1860, in-8°.

5° *Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes;* Paris, 1860, in-8°.

6° *Recherches sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne;* Paris, 1860, in-8°.

7° Enfin, M. Ancelet envoie une *Note sur un cas rare de spina-bifida,* déjà communiquée à l'Académie des sciences en janvier 1859.

Il s'agit d'un spina-bifida lombaire, tumeur qui au moment de la naissance avait le volume d'un œuf de pigeon et qui était alors réductible. La tumeur s'accrut ensuite jusqu'au point d'avoir 29 centimètres de circonférence; mais en même temps l'ouverture qui la faisait communiquer avec la cavité rachidienne se referma, et lorsque la malade eut atteint l'âge de vingt-quatre ans, M. Ancelet pratiqua avec succès l'ablation du kyste en coupant le pédicule cutané, dont la circonférence était de 18 centimètres.

Dans la lettre qui accompagne sa note, M. Ancelet fait remarquer, contrairement à l'opinion émise devant la Société par M. Houël, que le volume considérable du pédicule ne prouve pas que la poche communique avec la cavité rachidienne.

M. Ancelet envoie ces diverses pièces à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

— M. le docteur Bernard (d'Apt), membre correspondant, fait parvenir à la Société le manuscrit du mémoire qu'il a lu dans la séance du 27 juin.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que la discussion sur les questions soulevées par M. Bernard a été suspendue, parce que son travail n'avait pas été laissé à la disposition de la Société, et demande s'il n'y aurait pas lieu, dans l'intérêt de la discussion, de faire imprimer immédiatement ce travail sans le renvoyer au comité de publication. La Société, consultée sur ce point par M. le président, décide qu'il ne sera pas dérogé aux usages ordinaires, et que le travail de M. Bernard sera renvoyé au comité de publication.

— M. LEGOUEST communique une observation de polype naso-pharyngien opéré par la méthode de Manne et le procédé lacrymal combinés, par M. Valette, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

Polype naso-pharyngien; ablation par le procédé de Manne et le procédé de la voie lacrymale combinés et modifiés; accidents pendant l'opération; accidents consécutifs; guérison.

Gervais G..., âgé de vingt-trois ans, cultivateur dans le départe-

ment des Hautes-Alpes, entre dans notre service le 22 mai 1860; il est couché au nº 7, salle Saint-Philippe.

Cet homme, doué d'une constitution robuste, à toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il y a dix-huit mois il s'aperçut que l'air passait difficilement par sa narine droite. Quelque temps après le même phénomène se montre du côté gauche : en même temps la voix devient nasillarde, et des épistaxis assez abondantes se manifestent de temps en temps.

La gêne de la respiration augmente graduellement; le malade maigrit, les forces diminuent, des accès de suffocation se manifestent. Cet état va en s'aggravant rapidement, et le malade est bientôt obligé de venir nous demander un soulagement. A son entrée à l'hôpital il présente l'état suivant :

Le malade est considérablement amaigri, les joues sont excavées, les pommettes saillantes, la face légèrement cyanosée. La bouche est constamment entr'ouverte pour laisser passage à l'air. La respiration est accélérée, haletante ; le malade a continuellement envie de dormir ; le sommeil s'accompagne de ronflements très-bruyants, il est d'ailleurs à chaque instant interrompu. Le moindre bruit, le moindre mouvement autour du lit réveillent le malade en sursaut, et cette lutte incessante entre l'état de veille et de sommeil ajoute encore à l'aspect pénible que présente cet infortuné. La parole est presque inintelligible.

Lorsqu'on examine l'arrière-gorge, on voit le voile du palais fortement repoussé en avant par une tumeur qui le dépasse légèrement en bas. Le doigt reconnaît sans peine une tumeur lisse, arrondie, dure, et qui paraît fixée sur la face antérieure du corps des vertèbres cervicales supérieures. Il importait avant tout de bien préciser les points d'origine et les limites de cette tumeur. Voici ce que diverses explorations nous ont appris.

1º Les fosses nasales paraissent libres ; leurs orifices postérieurs sont fermés par la tumeur, qui ne paraît pas y envoyer de prolongements. Je m'en assure en faisant passer à droite et à gauche une sonde de Belloc ; son extrémité paraît librement dans la bouche.

2º Une petite sonde courbe est portée par la cavité buccale derrière le voile du palais et au-devant de la tumeur. Je m'assure par cette manœuvre que celle-ci n'envoie pas de prolongement dans les fosses nasales.

Le même instrument me permet de constater les adhérences dont j'ai déjà parlé, et qui existent entre la tumeur et la partie antérieure

des vertèbres. Mais le point de départ de la tumeur se trouvait-il réellement là ? je ne le pensais pas.

Je fus amené, bien plus, j'en conviens, par le souvenir des travaux publiés sur l'anatomie pathologique des polypes naso-pharyngiens, que par l'inspection directe, je fus, dis-je, amené à penser que le point d'origine de cette tumeur se trouvait sur la surface basilaire de l'occipital, et que ses adhérences avec la paroi antérieure de la colonne vertébrale n'étaient que consécutives. — Cette question a du reste été résolue par l'événement, ainsi qu'on le verra tout à l'heure.

L'indication à remplir chez ce malade était précise, et j'ajoute était pressante. Il fallait détruire, enlever le polype. J'ai dû exposer devant les élèves qui suivent ma clinique les raisons qui m'ont décidé à prendre le parti que j'ai suivi. Il est inutile de reproduire ici ces motifs, je ne ferais que répéter ce qui a été bien mieux dit dans les discussions récentes qui ont eu lieu à ce sujet. Je me borne donc à décrire succinctement l'opération que j'ai pratiquée le 3 juin 1860.

Premier temps. — Le voile du palais est incisé sur la ligne médiane dans toute sa hauteur; le polype est ainsi mis largement à découvert.

Deuxième temps. — Une incision est pratiquée au grand angle de l'œil du côté droit, le sac lacrymal décollé et repoussé en arrière. Je perfore l'os unguis avec un trocart courbe d'un volume ordinaire; l'instrument est conduit, il va sans dire, dans la fosse nasale.

La tige du trocart, retirée de la canule, me permet d'engager une tige d'acier légèrement recourbée, qui vient bientôt faire saillie dans la cavité buccale. Je fixe rapidement à cette extrémité deux fils ordinaires qui sont ramenés dans la canule, en entraînant les deux extrémités d'un fil métallique, dont l'anse s'est bientôt trouvée placée dans la bouche. Ce temps de l'opération a été exécuté rapidement et avec une grande facilité.

Troisième temps. — La canule du trocart, qui était évidemment trop faible pour remplir le but, fut retirée, et remplacée par la canule en acier d'un trocart spécial construit par M. Charrière. Cette canule était d'ailleurs disposée de façon à pouvoir s'adapter à l'extrémité d'un constricteur. Il ne me fut pas difficile d'ailleurs de la mettre en place en la faisant glisser sur les deux fils métalliques comme sur un conducteur.

Quatrième temps. — Le constricteur fut alors adapté à la canule, et les fils fixés comme il convient. Je fis alors marcher l'instrument

lentement, en surveillant et en guidant l'anse métallique que mon doigt repoussait derrière la tumeur, de façon à lui faire raser en quelque sorte la colonne vertébrale.

Nous pûmes alors constater de la manière la plus nette la destruction facile des adhérences du polype avec les vertèbres du cou ; puis l'anse métallique, s'enfonçant de plus en plus, disparut à nos yeux. La résistance à la constriction augmenta; je pensais être arrivé au véritable pédicule du fibroïde.

Jusque-là l'opération avait marché aussi régulièrement qu'on pût le désirer, mais à dater de ce moment des accidents inattendus vinrent me causer les plus vives appréhensions.

La canule du premier trocart était large, les deux fils y étaient à l'aise. J'ai dit les raisons qui me forcèrent à lui substituer une canule en acier, de force suffisante : malheureusement le calibre de cette canule était trop petit ; les fils métalliques pouvaient s'y loger sans doute, mais leur jeu y était moins facile. Tant que la résistance n'a pas été très-forte, leur glissement a pu s'exécuter ; mais bientôt l'anse est devenue plus étroite, le fil s'est brusquement rompu à l'extrémité de la canule.

J'ai dû recommencer une partie des manœuvres et jeter un nouveau fil métallique sur la tumeur, mais il a été coupé une seconde fois au même point. Cependant le temps s'écoulait, le malade perdait du sang, en médiocre quantité il est vrai, mais c'était trop encore pour une constitution aussi affaiblie, et je redoutais à chaque instant de voir le malade, pris d'une syncope, expirer entre mes bras. Il fallait donc à tout prix terminer promptement cette opération.

Une troisième anse métallique fut jetée sur la tumeur, mais cette fois je résolus de pratiquer la section du pédicule sans le secours de la canule ; j'improvisai l'expédient suivant :

Un morceau de bois arrondi, que j'avais sous la main, fut placé de façon à prendre un point d'appui sur le front et la joue du malade. L'extrémité du constricteur fut appliquée sur ce morceau de bois, au côté interne duquel passait un des fils, tandis que l'autre passait du côté externe, et j'opérai la section.

Je ne mis point, je l'avoue, à faire marcher le constricteur cette lenteur prudente que je m'étais proposé d'employer au début. Les circonstances me dominaient ; le danger me paraissait imminent ; la section du polype fut promptement terminée.

La tumeur a été enlevée dans sa totalité. Il est inutile d'en faire la description, puisque je l'adresse en même temps que ces lignes à la

Société. Je me bornerai à faire remarquer qu'elle a subi, par suite de son séjour dans l'alcool, un mouvement de retrait que j'estime à 1/5e environ du volume qu'elle présente aujourd'hui.

Immédiatement après l'ablation du fibroïde, la respiration s'exécute bien; elle peut se faire par le nez, ainsi que je m'en assure en faisant fermer la bouche au malade.

Mais je n'en avais pas fini avec les complications : deux heures après l'opération, une hémorrhagie assez abondante survient. Le sang coule à la fois par la bouche, par le nez et par le grand angle de l'œil. Des bourdonnets de charpie imbibée de perchlorure de fer, solution à 30 °/o, sont rapidement portés par la bouche jusque sur l'apophyse basilaire et maintenus en place pendant quelques heures.

Le malade est froid, le pouls imperceptible; je redoute de voir la vie s'éteindre dans la journée.

Prescription : linges chauds autour du corps; potion cordiale; bouillon froid. Une vessie remplie de glace est maintenue sur la racine du nez.

Le 4, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Le malade a dormi toute la nuit. Ce matin, il accuse de la céphalalgie et une douleur assez vive dans l'œil droit. Les paupières de ce côté sont assez fortement ecchymosées. Pouls petit et fréquent.

Le 5, le malade dort constamment; toutefois, lorsqu'on le tire de cet état de somnolence, on constate que l'intelligence est nette. La faiblesse est toujours très-grande. La douleur oculaire a augmenté d'intensité; il y a plus de tuméfaction : je redoute un phlegmon de l'orbite.

Le 6, les phénomènes inflammatoires acquièrent une intensité de plus en plus grande. Les douleurs sont très-vives, le gonflement considérable. Un peu de pus commence à suinter par la plaie du grand angle de l'œil.

Les 7 et 8, j'ouvre un foyer purulent à l'aide d'une ponction faite à la partie la plus élevée de la paupière supérieure. Une compression exercée sur les parties environnantes fait sortir une grande quantité de pus. J'essaye d'écarter les paupières pour examiner l'œil. Je n'aperçois pas la cornée; elle est entièrement cachée par un chémosis considérable; les tampons de perchlorure sont enlevés.

Les 9, 10 et 11, l'état général du malade s'améliore rapidement. L'appétit se réveille; on le nourrit avec précaution.

Le 12, un foyer purulent est ouvert à la paupière inférieure; le

phlegmon de l'œil va beaucoup mieux ; l'organe me paraît toutefois très-compromis.

Le voile du palais commence à se réunir à la partie supérieure.

Les 13 et 14, l'amélioration progresse rapidement; la suppuration de l'orbite se tarit; chaque jour amène une augmentation dans les forces; le voile du palais tend de plus en plus à se réunir. Je pratique sur les bords de la plaie quelques légers attouchements avec le nitrate d'argent.

Le 2 juillet, la guérison est complète; l'œil droit, il est vrai, est perdu. Le voile du palais est réuni dans la moitié de sa hauteur. Les fonctions de déglutition et de phonation s'exécutent bien néanmoins.

Le malade demande sa sortie.

Je cherche en vain à le retenir quelques jours encore, en lui faisant observer que le voile du palais n'est pas encore complétement réuni; mais Gervais G..., qui se sent fort, qui n'éprouve plus aucun malaise, insiste pour retourner au plus tôt dans ses montagnes, qu'il avait quittées, nous dit-il, sans espérer les revoir.

Réflexions. — Une seule observation ne permet pas de juger la valeur d'un procédé opératoire. Aussi je me garderai bien de formuler des conclusions définitives. Je dois, cependant, revenir sur quelques particularités qu'a présentées ce fait intéressant.

L'opération a été dans son exécution contrariée par des incidents sérieux. Devons-nous reprocher à la méthode employée les difficultés qui nous ont arrêté? Serait-il possible de les éviter à l'avenir?

Dans cette observation, il nous a été facile de placer l'anse métallique, de la diriger derrière la tumeur, de lui faire raser la colonne vertébrale, de détruire les adhérences du polype en ce point. Si à ce moment j'avais eu à ma disposition une canule résistante, mais à large calibre, dont l'extrémité, au lieu d'être tranchante, eût été un peu arrondie et évasée, pour se prêter, si je puis ainsi dire, au glissement des fils, ceux-ci auraient résisté, et la section de la tumeur eût été faite sans accident; il est permis du moins de le supposer. Une bonne précaution, que j'emploierai certainement à l'avenir, consisterait à employer un fil de platine, à cause de la résistance bien supérieure que présente ce métal.

Les accidents consécutifs doivent-ils être imputés à la méthode? Peut-on espérer pouvoir les éviter à l'avenir?

L'hémorrhagie peut être évitée presque à coup sûr, en faisant agir le constricteur avec une grande lenteur. J'ai dû, et j'en ai dit les

motifs, pratiquer ce temps de l'opération avec trop de promptitude : le danger m'a paru si imminent, que j'ai fait une véritable scction du pédicule, au lieu de réaliser les conditions de l'écrasement linéairc.

Cette complication a donc été la conséquence indirecte des premicrs accidents signalés.

Le phlegmon de l'orbite, la perte de l'œil qui en a été la suite, constituent des accidents bien plus graves, mais qui s'expliquent, si je ne m'abuse, par les conditions au milieu desquelles j'ai été placé.

Sans doute, cn attaquant les polypes naso-pharyngiens par cette voic, on intéresse les parties molles de l'anglc interne dc l'œil; on perforc l'unguis ; on déterminc une solution de continuité qui peut, à la rigueur, devenir le point de départ d'une inflammation qui pourra s'étendre au loin. Mais cette complication, j'aime à le penser, sera une rare exception. Ici j'ai dû faire plusieurs introductions d'instruments dans cette voie artificielle, mais cela n'eût pas suffi. Deux causes me paraissent avoir excrcé une influence fâcheuse sur la production du phlegmon :

1° La contusion assez fortc produite par la tige de bois dont j'ai été obligé de me servir. Cette contusion a été démontrée par l'infiltration sanguine assez prononcée qui a envahi les paupières ;

2° La lésion de la paroi interne de l'orbite par les fils métalliques.

La néccssité où j'ai été de supprimer la canule pour opérer la section de la tumeur a probablement eu cette fâcheuse conséquence. Il est évident que, dans les derniers efforts de la constriction, rien nc bridait, rien ne rassemblait les deux fils de l'ansc métallique, qui, écartés l'un de l'autre par l'épaisseur de la tumcur, ont dû produire des déchirures dans les parties voisines. La paroi interne de l'orbite a-t-elle été brisée, ou seulement violemment contuse? jc l'ignore; mais je suis très-porté à voir dans ce traumatisme la cause principale du phlegmon orbitaire.

Ainsi, de mêmc que l'hémorrhagie, le phlegmon me paraît devoir être attribué à ces conditions accidentelles créées par la nécessité, et l'on conçoit très-bien qu'on puisse l'éviter en se servant d'une canule bien faite, présentant la disposition indiquée plus haut.

C'est ainsi qu'un incident peu important en apparence, la rupture du fil, a été chez notre malade le point de départ des accidents les plus sérieux.

Par suite de cette rupture, l'opération a été singulièrement prolongée. Le malade a perdu du sang et a été menacé de suffocation. Cette circonstance m'a obligé à faire plus rapidement l'ablation de la

tumeur, et à perdre ainsi les bénéfices de l'écrasement linéaire, puisque l'hémorrhagie consécutive a mis les jours du malade en danger.

Enfin, je me demande si le perchlorure de fer lui-même a été complétement étranger aux accidents inflammatoires qui se sont développés.

Quoi qu'il en soit, le malade reste satisfait, heureux de respirer, heureux d'être rendu à la vie. Si l'on veut bien admettre la possibilité d'éviter les accidents que j'ai signalés en se servant d'une canule aussi large que possible, il me sera permis de conclure : Que l'ablation des polypes naso-pharyngiens au moyen des procédés combinés, incision de Manne, procédé lacrymal, ligature extemporanée, est une opération qui ne présente pas dans son exécution des difficultés sérieuses, et qui donnera certainement de très-beaux succès.

Cette opération n'est pas applicable à tous les cas sans doute. Lorsque le polype s'est développé en avant, a envahi les fosses nasales, le sinus maxillaire, etc., on peut être conduit à agir autrement; mais ces faits doivent être placés dans une autre catégorie, et n'enlèvent rien à la valeur de l'opération que je viens de décrire et qui trouvera sans aucun doute de nombreux cas d'application.

— M. COULON, interne des hôpitaux, lit un travail intitulé *De la chute du rectum chez les enfants, et de son traitement.* (Commissaires: MM. Marjolin, Guersant et Deguise.)

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 8 *août* 1860.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. BOECK, de Christiania, communique la note suivante sur ses expériences de revaccination.

Ne connaissant pas bien la langue française, je n'ai pas osé demander la parole dans la dernière séance, à propos des vaccinations réitérées et des inoculations de différentes sortes de pus chancreux. Je demande donc aujourd'hui la liberté de vous dire ce que m'a enseigné mon expérience.

A. Vaccinations. — 1° Quand on a pratiqué l'inoculation vaccinale

sur le bras d'un sujet et que huit jours après, cette inoculation ayant été positive, on lui fait avec le pus de sa propre pustule des inoculations dont les unes sont voisines de cette pustule et les autres placées à un autre membre, surtout à la cuisse, on a des résultats négatifs pour les inoculations faites sur le bras déjà inoculé, et on obtient au contraire assez souvent des résultats positifs pour les inoculations fémorales.

2° Les pustules produites ainsi sur la cuisse offrent quelquefois l'aspect de vraies pustules vaccinales, quelquefois celui de pustules de varioloïdes ; d'autres fois, enfin, elles sont extrêmement petites.

M. le docteur Homann, qui pratique à Krageroë, est arrivé aux mêmes résultats que moi, et je me trouve heureux de pouvoir soumettre à la Société une petite statistique que je viens de recevoir de ce confrère distingué.

Premier enfant, vacciné le 7 juin aux deux bras : Le 14, 2 pustules vaccinales sur chaque bras. Alors 3 inoculations sont faites sur chaque cuisse. Le 21, il y a une pustule sur la cuisse droite (petite).

Deuxième enfant, vacciné le 7 juin : Le 14, 2 pustules sur un bras et une sur l'autre. Ce même jour, 3 inoculations sont faites sur chaque cuisse. Le 21, il y avait 3 pustules sur une cuisse et une pustule sur l'autre cuisse (petites).

Troisième enfant, vacciné le 7 juin : Le 14, 2 pustules sur chaque bras ; 3 inoculations sur chaque cuisse. Le 21, résultat négatif.

Quatrième enfant, vacciné le 14 juin : Le 21, 2 pustules à chaque bras ; 3 inoculations sur chaque cuisse. Le 28, 2 pustules sur une cuisse et une pustule sur l'autre.

Cinquième enfant, vacciné sur les bras le 14 juin : Le 21, une pustule sur le bras gauche. Ce même jour, 3 inoculations sont faites sur le bras gauche et 3 sur la cuisse droite. Le 28, résultat négatif ; nouvelle inoculation sur le bras et sur la cuisse. Le 5 juillet, pas de résultat.

Sixième enfant, vacciné le 14 juin sur le bras : Le 21, résultat négatif ; inoculations sur le bras et la cuisse gauche : Le 28, une pustule sur le bras gauche ; 3 inoculations sont faites sur chaque bras et 3 sur chaque cuisse. Le 5 juillet, il y a 3 pustules sur le bras droit. Résultat négatif sur les cuisses.

Septième enfant, vacciné sur les bras le 14 juin : Le 21, 4 pustules sur chaque bras ; 3 inoculations sont faites à chaque cuisse. Le 28, 3 pustules sur l'une et 2 pustules sur l'autre cuisse.

Huitième enfant, vacciné le 21 juin sur le bras : Le 28, 3 pustules

sur un et 4 pustules sur l'autre bras (petites); 3 inoculations sur chaque cuisse. Le 5 juillet, pas de résultat.

Neuvième enfant, vacciné sur les bras le 21 juin : Le 28, 3 pustules à chaque bras; 5 inoculations sur une des cuisses. Le 5 juillet, pas de résultat.

Dixième et dernier enfant, vacciné sur les bras le 21 juin : Le 28, 3 pustules sur l'un et une sur l'autre; 5 inoculations sont faites sur une des cuisses. Le 5 juillet, 2 pustules sur la cuisse (petites).

3° J'ai observé que quand on revaccine un sujet et qu'on fait à la fois des inoculations sur différentes parties du corps, on peut avoir quelquefois des résultats positifs aux cuisses, tandis qu'on n'a que des résultats négatifs aux bras, ce qui indiquerait une plus grande réceptivité du côté des cuisses. J'ai consigné ces résultats depuis plusieurs années dans notre *Magazin for Lojevidenskaben.*

B. Inoculations du pus chancreux. — 1° La matière du chancre mou et la matière du chancre induré ne sont ni l'une ni l'autre constamment inoculables.

2° Cependant la matière du chancre mou est beaucoup plus souvent inoculable que l'autre.

3° L'inoculation de la matière du chancre induré ne donne pas généralement lieu à autant d'inflammation que l'inoculation de la matière du chancre mou.

4° L'inoculation de la matière du chancre induré n'est pas, dans la majorité des cas, suivie du résultat aussitôt que l'inoculation de la matière du chancre mou.

Ces résultats sont d'ailleurs subordonnés à l'état du sujet inoculé. En effet, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'incubation est plus longue chez les sujets atteints d'une forme grave exanthématique.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° *De l'évidement des os*, par M. Sédillot. Paris, 1860, in-8°. (Offert par l'auteur.)

2° *Bulletin de la Société anatomique* pour l'année 1859.

M. Arlaud, chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société à Toulon, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Chassaignac, deux observations d'amputation tibio-tarsienne suivie de guérison. Ces deux observations sont renvoyées au comité de publication.

M. DEPAUL rend compte verbalement d'une observation adressée

par M. Putégnat, de Lunéville, et intitulée : *Double rupture de l'utérus pendant l'accouchement ; graves accidents consécutifs ; nouvelle grossesse ; accouchement facile et heureux.*

Le titre de l'observation ne répond pas au fait rapporté. Selon M. Depaul, M. Putégnat se serait mépris sur la nature de l'accident qu'il a constaté, et il a cru à une rupture de l'utérus alors que très-probablement le col se serait largement déchiré.

L'observation de M. Putégnat est déposée aux archives.

M. BAUCHET présente le moule en plâtre d'un moignon d'une amputation de Chopart pratiquée par lui en 1853. Ce moignon, parfaitement conformé, rend d'excellents services au malade.

M. BOUVIER fait observer que le moignon est tellement disposé que le malade marche sur la partie antérieure de la face inférieure du calcanéum.

M. HUGUIER remarque aussi que la partie postérieure du talon ne touche pas le sol, et que c'est là le cas habituel. La malade qu'il a présentée à la Société est dans les mêmes conditions, néanmoins elle marche bien, et il existe entre les deux bouts sectionnés du tendon d'Achille un intervalle de 2 centimètres et demi.

M. BAUCHET prétend que chez son malade le talon s'abaisse dans la marche. Il n'a pu constater de différence entre les deux talons.

M. RICHARD insiste, comme il l'avait déjà fait, sur l'inconvénient de conserver le calcanéum, qui compromet les résultats de l'amputation de Chopart, et sur l'avantage qu'il y aurait à la remplacer par l'amputation sous-astragalienne, qui permet à coup sûr de marcher, et n'impose au membre qu'un raccourcissement insignifiant d'un centimètre.

M. BOINET présente un enfant de trois mois atteint d'une tumeur érectile à la lèvre supérieure. Du volume d'une grosse cerise, la tumeur paraissait à peine à la naissance.

M. Boinet se propose de l'opérer par le procédé de M. Rigal, do Gaillac, et demande l'avis de la Société.

M. BROCA pense que le jeune âge de l'enfant n'est pas une contre-indication à l'opération, en ayant soin de choisir une méthode non sanglante. Il a opéré une tumeur trois fois plus grosse par l'injection au perchlorure de fer, en prenant la précaution d'isoler la tumeur dans le double anneau d'un amygdalotome préalablement dépourvu de sa lame. Il survint un gonflement qui n'empêcha pas l'enfant de teter. Un mois après, la tumeur, diminuée de moitié, resta station-

naire : une nouvelle injection réduisit le volume de la tumeur à celui d'un pois.

M. CHASSAIGNAC. La règle qui doit diriger la conduite à tenir chez ce jeune sujet est la marche de la tumeur : lorsqu'elle est lente, on peut retarder l'opération; lorsqu'elle est rapide, il faut opérer, car il n'y a qu'à perdre à attendre.

M. Chassaignac rappelle qu'il a enlevé dans ces conditions, au moyen de l'écraseur, une énorme tumeur érectile de la nuque, qu'il a présentée à la Société.

M. RICHET. Le malade que je présente à la Société a été opéré le 19 avril d'un cancer du plancher buccal, après section préalable du maxillaire inférieur, et depuis longtemps je l'aurais soumis à l'examen de mes collègues, si la cicatrisation des os avait été aussi rapide que celle des parties molles; mais vous allez voir qu'il n'en a pas été ainsi.

Voici un résumé succinct de l'observation. Le nommé Louis C....., âgé de trente-neuf ans, limonadier, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 18 mars 1860. Ce malade, d'une bonne santé habituelle, n'accuse aucune trace d'accident syphilitique; il fume habituellement la pipe et la porte à gauche.

Il y a huit à dix mois environ, il ressentit des picotements sous la langue, surtout pendant qu'il fumait, et un jour, en y portant le doigt, il sentit une plaque dure, recouverte de pellicules blanchâtres qu'il grattait et détachait souvent avec l'ongle, mais qui se renouvelaient d'une manière incessante. Il y a trois mois à peine qu'il s'est formé une tumeur véritable, gênante pour la déglutition. L'articulation des sons est assez facile, la salivation abondante. Si l'on introduit le doigt indicateur gauche dans la bouche, tandis qu'avec la main droite on soutient la région sus-hyoïdienne, il est permis de reconnaître que le sillon linguo-maxillaire gauche est occupé par une tumeur oblongue, moulée sur la concavité du maxillaire d'une part, et de l'autre sur le bord externe de la langue, qui paraît arrachée à sa base. Cette tumeur, qui se prolonge jusque vers le pilier antérieur du voile du palais en arrière, s'étend en avant au-dessous du frein de la langue et s'avance un peu dans le sillon linguo-maxillaire droit. Par la région sus-hyoïdienne, on arrive à constater qu'elle a une épaisseur assez considérable pour soulever les muscles de la région, et que quelques ganglions sous-maxillaires sont le siége d'une induration assez douloureuse au toucher.

Le malade ayant la bouche ouverte, lorsqu'on écarte la langue du

maxillaire et qu'on la rejette à droite, on voit que le fond du sillon est occupé par une ulcération à bords taillés à pic, à fond grisâtre, remplie de mucosités sanguinolentes, qui se reproduisent avec beaucoup de rapidité dès qu'on les a abstergées. Le bord de la langue et le périoste alvéolo-dentaire qui limitent l'excavation sont eux-mêmes en beaucoup de points ulcérés, et offrent un aspect analogue à l'ulcération décrite précédemment.

En présence de cette altération, je n'hésitai pas à diagnostiquer une de ces affections destructives de nature maligne, se propageant par continuité de tissu avec une grande rapidité, que nul traitement interne ne peut arrêter, qu'il n'était pas possible d'attaquer par les caustiques, et qui ne pouvait être détruite que par l'instrument tranchant.

Quel avait été le point de départ de cette altération ? Avait-elle débuté par la surface muqueuse, comme tendrait à le faire croire le récit du malade, qui n'a constaté d'abord qu'une plaque indurée sans tumeur ; ou bien avait-elle eu pour point de départ les éléments glandulaires sous-muqueux, les granulations salivaires dont la réunion constitue la glande sublinguale, puis ayant envahi successivement la glande de Nühn, la glande sous-maxillaire et les tissus avoisinants? J'inclinerais assez vers cette dernière opinion, par cette raison que la maladie occupe exactement la position de ces diverses glandules, qu'elle s'étend, comme la glande sublinguale, depuis le pilier antérieur jusqu'au frein de la langue ; qu'elle refoule en haut et en arrière la pointe de la langue comme le ferait la glande de Nühn gonflée, qu'elle repousse du côté de la région sus-hyoïdienne les parties molles sous-maxillaires comme le fait la glande sous-maxillaire augmentée de volume, et puis enfin parce que la tumeur, depuis trois mois seulement qu'elle s'est montrée, me paraît occuper un plan relativement trop profond pour une tumeur ayant débuté par la surface muqueuse. Mais il ne faut pas oublier, d'autre part, que le cancer proprement dit des glandes salivaires est chose rare, et que plusieurs mois avant l'apparition de la tumeur il existait une plaque indurée et des picotements dans un lieu indiqué par le malade comme correspondant au point primitivement ulcéré.

Quoi qu'il en soit de ces suppositions sur le siége primitif du mal, je ne crus pas devoir soumettre le malade à une opération avant d'avoir tenté un traitement général, dans l'hypothèse bien probable d'une affection syphilitique, et cela pour l'acquit de ma conscience et parce qu'il n'avait encore été administré aucun médicament.

Le malade prit donc pendant quatre semaines de l'iodure de potassium à haute dose, en même temps que de la liqueur de Van Swieten; après quoi, voyant que la tumeur avait pris du développement, et que l'ulcération qui la surmontait s'était encore étendue, je me décidai à en pratiquer l'ablation.

Je ne pouvais songer à attaquer la tumeur par la bouche, non-seulement à cause de la profondeur à laquelle il eût fallu aller chercher le mal vers la base de la langue, mais encore à cause de l'abondance de l'écoulement du sang, qui aurait bientôt masqué les points sur lesquels devait porter la dissection.

Il n'y avait pas davantage à chercher son extirpation par la région sous-hyoïdienne, par cette raison qu'une incision étendue de la symphyse du menton à l'os hyoïde n'aurait donné qu'une ouverture insuffisante pour une dissection aussi minutieuse, et qui devait remonter jusqu'au pilier antérieur du voile palatin.

Je résolus donc de faire une première opération préparatoire, pour ainsi dire, consistant à fendre la lèvre et le maxillaire inférieur sur la ligne médiane, de manière, après avoir écarté les deux branches de l'os, à mettre le mal complétement à découvert, et de procéder alors à la deuxième opération, c'est-à-dire à la dissection et à l'ablation de la tumeur elle-même.

L'exécution du procédé opératoire fut d'une extrême simplicité :

1° Incision sur la ligne médiane divisant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur et se prolongeant de 3 centimètres au-dessous du menton;

2° Deuxième incision partant de l'extrémité hyoïdienne de la première et longeant le bord marginal du maxillaire à 1 centimètre plus en dedans de ce bord;

3° Section de l'os sur la ligne médiane à l'aide d'une scie à dos mobile;

4° Enfin séparation des attaches des muscles et des autres parties molles s'insérant à la branche gauche du maxillaire, depuis la symphyse jusqu'au niveau de la dernière molaire.

Cela fait, il me fut possible d'écarter les deux portions du maxillaire, de faire saisir et attirer la langue en avant, et de procéder à la deuxième partie de l'opération.

Cette dernière consista à disséquer avec soin, d'arrière en avant, de la base de la langue à la pointe, la tumeur des tissus sains, en ayant soin de lier au fur et à mesure qu'on les divisait les nombreux vaisseaux qui parcourent cette région. Il me fallut emporter un tiers

environ de l'épaisseur du tissu même de la langue, qui avait été envahie de sa base à sa pointe.

Je dus aussi, arrivé à la région antérieure, disséquer une portion de la tumeur, qui s'engageait à droite sous le frein de la langue, puis enlever avec soin la glande sous-maxillaire et les ganglions sous-maxillaires indurés, enfin ruginer la face interne du maxillaire en plusieurs endroits. C'est alors qu'il fut parfaitement démontré que tout autre procédé que celui que j'avais suivi eût été insuffisant à la complète éradication du mal.

La plaie fut pansée à plat avec des boulettes de charpie; les deux portions du maxillaire furent mises en contact immédiat et réunies à l'aide d'une suture métallique, enfin les téguments rapprochés à l'aide de plusieurs points de suture. Je maintins seulement béante l'incision horizontale, celle qui longeait le bord marginal de l'os, de manière à assurer l'écoulement facile du pus et des mucosités salivaires.

Aucun accident ne vint traverser la marche de la guérison. Dès le lendemain j'enlevai les points de suture, la plaie verticale de la lèvre étant réunie.

Un mois après, il ne restait plus qu'un trajet fistuleux dans la région sus-hyoïdienne, lequel ne tarda pas lui-même à se fermer. Quant à la section de l'os, elle me parut n'avoir encore aucune tendance à la réunion; les deux portions du maxillaire restaient mobiles; je fus obligé d'enlever les deux dents avoisinant la section; enfin, il se présenta bientôt une portion d'os nécrosé, que je pus extraire sans grande difficulté; c'était la lamelle osseuse touchée par le trait de scie. Pensant qu'alors l'immobilité absolue faciliterait la cicatrisation osseuse, je tentai d'appliquer un moule en gutta-percha entre les arcades dentaires d'abord; puis, comme il ne put être supporté par le malade, je le fis appliquer à l'extérieur sous forme de calotte emboîtant le menton; rien n'y fit; la mobilité se maintint, et aujourd'hui il est permis de constater qu'elle existe encore, et même assez prononcée pour gêner la mastication.

Voici le malade; vous pouvez voir que la cicatrisation des parties molles est complète, et que les mâchoires s'écartent de plusieurs centimètres. Mais si l'on veut porter l'écartement au delà de 2 centimètres entre les incisives, les douleurs deviennent intolérables, ce qui tient sans doute à la rétraction des masséters et aussi à la formation de brides inodulaires dans l'arrière-bouche. La langue, diminuée d'un tiers dans sa largeur, est soudée dans tout son bord gauche à l'arcade alvéolaire; c'est là ce qui gêne sa mobilité et donne à la parole

du malade un embarras qui n'est pas sans analogie avec celui qu'éprouvent les individus atteints d'angine grave. D'ailleurs la mastication s'exécute bien, mais la déglution, surtout celle des liquides, est assez pénible et exige beaucoup d'attention de la part du malade, afin qu'ils ne passent pas dans le larynx.

Depuis quelques jours, cet individu a été pris de douleurs très-vives dans l'arrière-gorge et sur le trajet de la cinquième paire ; j'ai craint un instant que ces douleurs ne fussent déterminées par une récidive du mal dans le fond de la bouche ; mais une exploration attentive ne m'a rien révélé. La langue a conservé partout sa souplesse, et j'ai lieu de croire que ce sont des douleurs névralgiques comme on en observe si souvent chez les individus qui ont subi des opérations à la face.

Quoi qu'il en soit, je prierai mes collègues d'examiner ce malade et de me donner leur opinion. Il me reste encore quelques points importants à discuter. L'examen de la pièce anatomique à l'œil nu vous démontre que la glande sublinguale dans toute son étendue, la glande de Nühn et une portion de la sous-maxillaire elle-même, étaient comprises dans l'induration qui formait la base sur laquelle reposait l'ulcération. Les muscles intrinsèques de la langue eux-mêmes participaient à la maladie, aussi bien à la base qu'à la pointe de l'organe ; mais les muscles extrinsèques n'avaient pas été envahis. L'examen micrographique ne fut point fait ; mais il n'était que trop démontré qu'on avait affaire à une de ces affections destructives dites cancéreuses d'une manière générale, et dont les variétés histologiques semblent se multiplier tous les jours. Les ganglions sous-maxillaires enlevés présentaient cette même matière lardacée, d'un blanc grisâtre, s'écrasant facilement sous la pulpe du doigt, que nous avions rencontrée dans la masse principale. Cette analyse de la tumeur ne put pas plus que les antécédents servir à élucider la question de savoir quel avait été le point de départ de la maladie, ni dans quel élément anatomique elle avait pris naissance.

Le procédé opératoire que j'ai suivi diffère un peu de ceux qui ont été conseillés par Roux, MM. Huguier, Sédillot et Maisonneuve ; mais il se rapproche beaucoup de celui de M. Regnoli. Comme lui, j'ai ajouté à l'incision verticale de la lèvre une incision horizontale à la région sus-hyoïdienne ; seulement, au lieu de l'étendre d'un angle à l'autre de la mâchoire, j'ai cru pouvoir la limiter au côté gauche de la région à celui que je devais attaquer. Ce procédé de la section préliminaire du maxillaire inférieur pour l'extirpation du cancer du

plancher buccal, qui n'a encore été appliqué qu'un petit nombre de fois par les chirurgiens précédemment cités, mérite d'être popularisé et appliqué à un grand nombre d'opérations de la même région. Il est réellement d'une grande simplicité, et permet de poursuivre la dissection des parties altérées avec une entière sécurité et une facilité aussi grande que si le mal siégeait à l'extérieur et non au fond d'une cavité. En un mot, il est destiné à prendre rang dans la science, dans la catégorie des opérations préliminaires, au même titre et avec de plus grands avantages que l'ablation du maxillaire supérieur pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

M. HUGUIER a pratiqué trois fois la section de la partie moyenne du maxillaire inférieur pour enlever des tumeurs cancéreuses de la langue. Deux de ses malades ont été présentés à la Société; le troisième ne l'a pas été; chez tous, il y a eu une consolidation. Un des opérés ayant succombé à une récidive, on a pu constater que le maxillaire inférieur était parfaitement consolidé.

Si pareille chose ne s'est pas encore produite chez le malade de M. Richet, cela tient à ce que l'os a été rasé et le périoste enlevé, aux mouvements de la mâchoire laissée libre, et au peu de temps depuis lequel l'opération a été faite.

Il a opéré avec MM. Boinet et Verneuil une jeune fille atteinte d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire droite, afin de rétablir la mastication par le procédé de M. Esmarck.

Il a fait une section de la branche horizontale de la mâchoire avec la pince de Liston introduite par une simple incision : des mouvements répétés ont été communiqués à la mâchoire, une petite nécrose a eu lieu, et la consolidation ne s'est pas faite.

M. Huguier croit que depuis le travail de M. Verneuil sur l'opération conseillée par M. Esmarck deux faits nouveaux se sont produits, dans lesquels on s'est borné à faire la section simple des os sans pratiquer de perte de substance : il est d'avis cependant que cette dernière manière d'opérer favorise l'étendue des mouvements de la mâchoire, et mettrait plus sûrement à l'abri d'une consolidation de l'os.

M. FOLLIN partage l'opinion de M. Huguier : il a vu un malade chez lequel la consolidation du maxillaire inférieur fracturé s'est opérée, bien qu'une abondante et longue suppuration ait envahi le foyer de la fracture.

M. MOREL conseille à M. Richet d'employer sur son malade l'appareil en gutta-percha qu'il a fait connaître.

M. RICHET a appliqué l'appareil de M. Morel à son malade ; mais celui-ci n'a pu le conserver.

Il pense que la question de savoir si l'on peut se borner à faire une simple section de la mâchoire, ou s'il est nécessaire de pratiquer une perte de substance de l'os pour rétablir la mastication, n'est pas encore jugée.

M. BOINET est d'avis qu'une simple section suffit. Il croit que les deux faits de section simple cités par M. Huguier sont consignés dans le travail de M. Verneuil.

— M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille qu'il a déjà fait voir à la Société, alors qu'elle était atteinte d'un pied creux valgus non douloureux. Il a pratiqué la section du long péronier latéral, et appliqué immédiatement après un appareil plâtré. L'enfant, opérée depuis quinze jours, est parfaitement guérie.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 22 août 1860.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Du principe colorant des suppurations bleues ; par X. Delore. Lyon, 1860, in-8°.

— *De la paralysie diphthérique*, par M. le docteur Maingault. Paris, 1860, in-8° (présenté par M. Bouvier).

M. Lukomski, à l'occasion du rapport qui a été dernièrement lu à la Société sur sa *Méthode de traitement de la syphilis par la vaccination*, annonce que des expériences favorables ont été faites à la clinique de la Faculté de médecine de Moscou, par le professeur A. Popov. Les résultats de ces expériences viennent d'être publiés par M. B. Jeltsinesky, dans un mémoire en langue russe, dont M. Lukomski adresse un exemplaire à la Société par l'intermédiaire de M. Chassaignac. Nous traduisons ici le titre de ce mémoire : *Traitement radical de la syphilis par la vaccination, fondé sur des données*

philosophiques et confirmé par des observations cliniques. Moscou, 1860, in-8°.

— M. le docteur Avrard, de La Rochelle, déjà candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société un nouveau travail intitulé *Ablation d'un épithélioma de la lèvre inférieure. Autoplastie. — Guérison.* (Commissaires, MM. Gosselin, Chassaignac, Guérin.)

— Le docteur Ancelet, de Wailly-sur-Aisne, déjà candidat au titre de membre correspondant national, adresse un nouveau travail intitulé *Tumeur papilliforme de la main, ablation*, etc. (Commissaires, MM. Jarjavay, Huguier, Gosselin.)

— M. le docteur Francisco Mendez Alvaro, secrétaire honoraire de la reine d'Espagne, etc., demande le titre de membre correspondant étranger, et adresse à l'appui de cette demande un mémoire imprimé, *la Lepra en España à mediados del siglo* XIX. Madrid, 1860, grand in-4°.

— M. Delacour, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Rennes, adresse l'observation suivante :

Spina-bifida chez un sujet qui a vécu dix-huit ans. — L'attention de la Société de chirurgie a été appelée récemment par M. Broca sur le spina-bifida, et cette Société a été consultée sur l'opportunité de l'opération dans un cas de ce genre.

J'ai recueilli récemment une observation qui me paraît venir à l'appui de l'abstention : il s'agit d'un sujet qui a vécu dix-huit ans. J'ajoute que les nouveau-nés ne me semblent pas dans de bonnes conditions pour tenter la guérison de l'hydrorachis avec les moyens actuellement connus, avec l'injection iodée elle-même.

X... est né en 1842 d'une mère dont la santé est éprouvée par des douleurs gastralgiques ; pendant sa grossesse, elle a eu à plusieurs reprises des pertes. — Une première grossesse avait été très-heureuse. — X... présentait dès sa naissance à la région lombaire une tumeur du volume d'un citron, d'une couleur rosée, très-molle; aucune autre difformité. Les membres inférieurs étaient complétement paralysés (motilité et sensibilité).

L'intelligence de l'enfant s'est développée très-tardivement, ses qualités affectives ont toujours été prononcées. — Dans sa petite enfance, il a surmonté les maladies les plus graves : la progression s'est faite avec peine, elle avait lieu sur les genoux à l'aide des membres supé-

rieurs, qui avaient acquis une grande énergie ; quelques-uns des muscles du bassin semblent avoir conservé un peu de vie.

Il y avait incontinence des urines, atrophie des organes génitaux, constipation excessive, puis incontinence des matières fécales.

J'ai examiné souvent X... dans les dernières années de sa vie, et voici ce que j'ai observé relativement à l'hydrorachis et au spina-bifida : La peau qui recouvrait la tumeur était devenue blanche ; une rainure déprimée la séparait de la peau saine ; elle avait l'apparence d'un tissu de cicatrice.

La base de la tumeur avait environ huit centimètres et sa hauteur trois. La fluctuation était obscure, la réductibilité peu appréciable.

A plusieurs reprises, il s'est fait sur la tumeur des fissures imperceptibles par lesquelles suintait un liquide transparent et abondant. Pendant cet écoulement, la santé de X... n'était pas troublée. Des compresses d'eau blanche suffisaient pour suspendre ce phénomène. Les os étaient écartés sous la tumeur dans une étendue de deux vertèbres au moins.

X..., entouré de soins et jouissant de l'aisance, semblait destiné à prolonger son existence, lorsqu'un accident est venu y mettre un terme.

Au mois de janvier 1859, la domestique qui l'avait élevé et qui continuait de le porter, mais à grand'peine (car la croissance s'était effectuée même dans les membres paralysés), le laisse tomber sur l'angle d'une chaise : cette contusion détermine une petite ulcération, que l'incontinence des urines et l'absence de vitalité de la fesse ne permirent pas de cicatriser. Cette ulcération s'agrandit, se compliqua d'abcès ; une fièvre hectique se déclara, et après une année de souffrances, d'une suppuration abondante, malgré des soins assidus, X... succomba à l'âge de dix-huit ans.

L'autopsie n'a pu être faite.

Quelle opération fructueuse tenter en pareil cas ? Aucune. La lésion grave était celle des centres nerveux ou des nerfs rachidiens. L'état anatomique de la tumeur était obscur ; la poche semblait cloisonnée de brides, de fausses membranes, ce que paraissent prouver la mollesse, l'empâtement du tissu morbide.

Note anatomo-pathologique sur une ancienne luxation incomplète du radius gauche en avant. Rapport par M. DÉSORMEAUX.—Messieurs, la pièce que M. Trélat vous a présentée avait été trouvée par lui sur

un sujet destiné aux dissections, aussi l'auteur n'a-t-il pu connaître aucun détail sur la cause de l'accident et sur les lésions fonctionnelles qui pouvaient avoir lieu pendant la vie. Néanmoins son travail n'est pas inutile pour le diagnostic, car il a pu constater les symptômes résultant des nouvelles dispositions anatomiques, et ce sont eux qui fournissent les signes les plus positifs dans l'étude des luxations.

D'ailleurs n'eût-il d'importance que pour l'anatomie pathologique, ce fait serait encore précieux, car il est le seul, que nous sachions, où l'on puisse trouver les lésions consécutives aux luxations incomplètes de l'extrémité supérieure du radius en avant. En effet, M. Trélat n'a trouvé dans la science qu'une seule autopsie de cette luxation, et nous n'avons pas été plus heureux; encore le fait n'est pas identique; car dans ce cas, rapporté par M. Malgaigne, il s'agit d'une luxation incomplète avec fracture de la cupule, réduite peu de temps après l'accident, et disséquée quarante-sept jours plus tard. Nous devons donc regarder l'observation de M. Trélat comme unique dans la science.

L'examen extérieur du membre a montré les symptômes suivants :

La flexion, bien que dépassant l'angle droit, ne pouvait cependant être portée aussi loin que sur le membre sain, l'extension était complète.

Les mouvements de pronation étaient possibles, mais ils ne dépassaient pas un tiers de leur étendue normale.

Enfin la tête du radius formait en avant une saillie d'autant plus sensible, que l'extension du membre était plus complète.

Malheureusement M. Trélat n'a pas constaté si l'on sentait en arrière, à la place de la tête radiale, ce vide qui fournit dans les luxations récentes un signe d'autant plus précieux, que, sur un sujet bien musclé, la saillie antérieure est difficile ou impossible à reconnaître.

Nous ne reproduirons que les points principaux de la dissection très-complète que M. Trélat a rapportée.

Le ligament annulaire distendu, mais non déchiré, est passé pardessus la tête du radius, qui est coiffée par la portion de capsule qui s'étend de ce ligament au col de l'os. En arrière, un peloton graisseux remplit la place laissée vide par le déplacement de l'os.

Sur l'extrémité de l'humérus, le condyle et l'épicondyle ont presque disparu, de sorte que la trochlée semble occuper la partie moyenne de la ligne articulaire. En avant, la surface articulaire du condyle est remplacée par une surface concave, presque circulaire,

qui empiète sur la partie extrême et antérieure de la trochlée, et remonte plus haut qu'elle sur la face antérieure de l'os. Cette cavité nouvelle répond, comme nous le verrons, à la tête du radius, dont la cupule a disparu, et qui forme une véritable tête arrondie. Enfin, la petite cavité sigmoïde du cubitus se trouve en avant de sa place naturelle, ou, pour mieux dire, elle est remplacée par une nouvelle cavité formée sur le bord externe de l'apophyse coronoïde, près de son sommet, et qui reçoit la tête du radius.

Il résulte de ces changements dans les positions des os une altération dans les mouvements. Dans la flexion, la tête du radius est en rapport avec la nouvelle surface articulaire de l'humérus, et c'est ce contact qui limite la flexion du membre; mais dans l'extension, la partie antérieure de la tête radiale s'écarte de l'humérus par un mouvement angulaire, la portie postérieure seule restant au contact.

La pronation, impossible dans l'extension par suite de la tension du ligament latéral externe, n'est possible dans d'étroites limites que dans la flexion ou la demi-flexion.

Après avoir donné une description complète des parties, M. Trélat établit que la lésion qu'il vient d'exposer est bien une luxation traumatique très-ancienne, et non pas une luxation congéniale ou consécutive à une affection articulaire; puis, par une discussion des altérations qu'il a décrites et de celles qu'on rencontre dans les luxations complètes, il démontre qu'il a bien eu affaire à une luxation incomplète.

En nous servant de la description de M. Trélat, ne pourrions-nous pas remonter à l'affection qu'avait présentée le sujet, si ce n'est avec une entière certitude, du moins avec beaucoup de probabilité?

Le sujet avait dix-neuf ou vingt ans, et la lésion était évidemmenfort ancienne; elle remontait donc à l'enfance. A cet âge, plus souvent qu'à l'âge adulte, on rencontre une subluxation qui avait été signalée par Denys Fournier, puis par Duverney, qui l'appelait *élongation*, et dont Boyer fait mention à propos des luxations du radius.

Boyer décrit ces luxations à propos des luxations en arrière; mais j'en ai vu plusieurs cas, toujours en avant et M. Malgaigne les mentionne dans le chapitre des luxations incomplètes en avant. Ces luxations se produisent lorsque l'enfant étant enlevé par le poignet, le radius se trouve éloigné de l'humérus, et qu'en même temps l'avant-bras éprouve, suivant Boyer, un mouvement de pronation, et, suivant nous, de pronation ou de sapination. M. Malgaigne a vu un mécanisme analogue produire la luxation sur l'adulte. En se reportant à ce mécanisme, il est

facile de comprendre comment a pu se produire chez le sujet de M. Trélat le singulier déplacement qu'il a décrit. On conçoit en effet qu'au moment où les surfaces articulaires de l'humérus et du radius se trouvent écartées sur un enfant ou un jeune sujet dont les ligaments sont lâches, le ligament annulaire puisse passer par-dessus la tête du radius, ou plus exactement que cette tête passant au-dessous du ligament annulaire, puisse se loger dans la portion de capsule qui le continue par en bas, et s'y fixer définitivement.

Au contraire, lorsque dans une chute la tête du radius est pressée contre le condyle huméral, le ligament annulaire sera distendu ou déchiré, mais ne pourra passer par-dessus la cupule radiale.

Il nous paraît donc évident que la pièce de M. Trélat nous offre un exemple de la luxation incomplète du radius par *élongation*, et cette dernière expression devient parfaitement juste en l'appliquant au mécanisme de la luxation et non à la disposition des parties luxées.

En résumé, M. Trélat nous a présenté une pièce unique dans la science ; la description de cette pièce sera désormais un document indispensable dans l'histoire des luxations du radius, et nous pensons qu'elle devra figurer dans notre *Bulletin*.

Les travaux de M. Trélat lui ont déjà valu d'être porté comme candidat aux places vacantes dans notre Société. La note dont je viens de vous rendre compte est pour son auteur un titre de plus à être reçu dans la Société de chirurgie.

Je propose à la Société de faire insérer dans son *Bulletin* la note de M. Trélat et de lui adresser des remercîments.

Note anatomo-pathologique sur une ancienne luxation incomplète du radius gauche en avant, par M. TRÉLAT. — J'ai par hasard trouvé cette pièce sur un cadavre consacré aux travaux anatomiques. Je n'ai donc aucune espèce de renseignements sur la cause et l'ancienneté de la lésion. Le sujet, scrofuleux, délicat, fin de formes et de membres, était normalement constitué, mais indiquait un long séjour au lit causé sans aucun doute par ses tubercules pulmonaires. Il pouvait avoir dix-neuf ou vingt ans.

A première vue, le coude n'offrait rien de particulier ; la forme était normale, le bras dans l'extension complète. Cependant, en saisissant le membre et en lui imprimant des mouvements, on constatait que la flexion, quoique dépassant l'angle droit, n'était pas complète ; que la pronation ne pouvait s'effectuer que dans le tiers de son étendue habituelle ; enfin, que la tête du radius était d'autant plus saillante en avant que l'extension était plus complète.

En disséquant la pièce, on trouva les parties molles régulièrement disposées ; le muscle court supinateur enveloppait la tête du radius dont il dominait la saillie. Sous les muscles, la capsule articulaire était intacte de tous côtés ; le ligament annulaire allongé était passé au-dessus de la tête du radius entourée par la portion de capsule articulaire comprise entre le ligament coronaire et le col de l'os ; cette portion de capsule, étirée, élargie, avait en conséquence pris des dimensions beaucoup plus considérables qu'à l'état normal. Pour terminer de suite ce qui a rapport aux ligaments, je dirai qu'une petite masse graisseuse, comparable à celle qui est si développée au genou, s'était formée en arrière sur la face articulaire du ligament latéral externe ; elle avait pour but de remplir le vide laissé par la tête radiale projetée en avant.

Chacun des trois os qui appartiennent à l'articulation a subi des changements. Les deux tubérosités de l'humérus offrent un contraste frappant, tandis que l'épitrochlée fait une saillie considérable donnant de solides attaches à ses muscles ; l'épicondyle est pour ainsi dire effacé. On peut dire qu'il n'existe plus de condyle huméral.

Voici comment sont disposées les surfaces de glissement : en arrière, la trochlée occupe le milieu de l'humérus ; elle est même un peu plus près de l'épicondyle et forme la seule partie articulaire de ce côté de l'os. En avant, le tiers externe de la trochlée est envahi par une surface articulaire nouvelle, presque circulaire, s'élevant un peu plus haut que la trochlée, s'étendant en dehors jusqu'à l'épicondyle et se terminant en bas par un bord tranchant dont la courbe est celle du condyle normal. Au niveau de cette surface, qui offre des sinuosités difficiles à décrire, l'humérus est aplati d'avant en arrière.

Tandis que la dépression olécrânienne a conservé sa profondeur, la fossette coronoïdienne est très-peu marquée ; c'est la conséquence du peu d'étendue de la flexion.

La tête du radius est élargie, convexe dans tous les sens et recouverte de cartilage non-seulement sur sa face supérieure, mais sur ses bords externe, postérieur et interne. C'est une véritable tête saillante, et plus du tout une cupule.

C'est le cubitus qui a subi le moins de changement. De ce côté, tout se borne à un léger déplacement de la petite cavité sigmoïde. Au lieu d'être située au côté externe de l'apophyse coronoïde, elle s'est étendue en avant jusqu'auprès de son bec sans l'atteindre complétement.

Voyons maintenant dans quels rapports se trouvaient les os, suivant les différentes attitudes du membre.

Dans la flexion complète (autant du moins qu'elle était possible), la tête du radius s'appliquait dans toute son étendue sur la surface articulaire nouvelle que j'ai décrite ; le bord antérieur de la tête radiale faisait donc en avant une très-petite saillie facile à méconnaître dans cette situation. A mesure que s'opérait l'extension, ce bord antérieur abandonnait la partie la plus élevée de la nouvelle surface humérale, de telle sorte qu'à l'extension complète le radius n'était plus en contact avec l'humérus que par le bord postérieur de sa tête, devenu contigu à la partie inférieure de la nouvelle surface cartilagineuse.

J'ai dit que le mouvement de pronation était très-limité ; en effet, rendu presque nul dans l'extension par la tension du ligament latéral externe, il ne devenait possible que dans la flexion ou la demi-flexion. Dans ce cas, le radius glissait en partie sur la surface humérale, en partie sur la petite cavité sigmoïde du cubitus déplacé en avant.

Je m'excuse de ces détails arides, mais indispensables pour bien saisir la nature de la lésion. D'ailleurs, la rareté des autopsies de luxation radiale m'imposait une description aussi complète et aussi fidèle que possible, sous peine de perdre tous les fruits de cette observation.

En l'absence de tout renseignement, je me suis demandé si cette luxation devait être considérée comme congénitale, pathologique ou traumatique.

Chaque fois qu'on trouve un déplacement articulaire manifestement ancien, on songe de suite à un désordre datant de la vie intra-utérine. Cela est si vrai qu'un certain nombre de luxations du radius ont été données comme congénitales par leurs auteurs. Mais en y regardant de plus près, on ne tarde pas à voir que ce mot congénital n'a pas dans leur pensée la portée véritable que nous sommes habitués à lui donner. Je n'aurais pour combattre cette idée qu'à reproduire des arguments déjà employés par M. Denucé dans sa thèse inaugurale. (Paris, 1854, p. 189.)

Les luxations congénitales du coude sont très-rares. Toutes celles qu'on a observées jusqu'ici étaient en arrière. Les luxations congénitales, quelles qu'elles soient, existent souvent sur les deux côtés du corps. Elles s'accompagnent, en général, de certaines malformations qui trahissent non pas un brusque changement dans les rapports, mais une véritable irrégularité de développement. Or nous ne trouvons ici

rien de semblable ; on voit bien que la lésion est ancienne, que certaines modifications sont survenues dans l'article, modifications nécessaires pour l'accomplissement des fonctions, mais rien ne manque, rien n'est réduit à l'état de vestige. Du reste, ce n'est pas seulement mon opinion que je donne ici, mais aussi celle de MM. Denonvilliers et Richet, à qui j'ai montré la pièce.

Il n'y a aucune raison d'attribuer la luxation à une cause pathologique. Les os sont parfaitement sains, et ne présentent nulle trace d'inflammation ancienne ou récente ; on ne voit en aucun point de stalactites osseuses, d'indurations fibreuses ; la capsule est mince et transparente. Nous avons donc affaire à une luxation traumatique.

Peut-être, avais-je pensé d'abord en voyant l'atrophie de l'épicondyle et la déformation du condyle, peut-être y a-t-il eu une fracture de ce point de l'humérus. Mais un trait de scie, que j'ai donné en arrière dans le sens transversal de l'os, m'a démontré que l'hypothèse était inadmissible.

Sans reprendre ici toute l'histoire des luxations du radius, il est bon de rappeler qu'après avoir été très-explicitement indiquées par Hippocrate, elles étaient tombées dans un complet oubli pendant le dernier siècle. Duverney n'admettait guère que l'*élongation*, sorte de diastasis douloureux, mais difficilement appréciable. Cependant les faits se multiplièrent tant et si bien que, malgré l'Académie de chirurgie et ses successeurs, tout le monde reconnaît aujourd'hui l'existence de luxations de la tête radiale en avant, en arrière et quelquefois en dehors. Mais un point bien plus délicat, bien plus mal établi, c'est la luxation incomplète en avant ou en arrière. Qu'on lise ce chapitre dans le *Traité des luxations* de M. Malgaigne (p. 646), ou le mémoire qu'il a publié dans le *Journal de chirurgie* (t. I, p. 135), ou la thèse de M. Denucé (p. 174 et suiv.), on verra combien d'incertitude existe dans toutes ces descriptions. L'anatomie pathologique est à peine ébauchée, les causes mal établies, le diagnostic toujours contestable, le traitement sans base réelle.

La pièce que je montre ne nous apprend rien sur les causes ou les difficultés de diagnostic, mais elle apporte un utile contingent à nos connaissances anatomo-pathologiques. Je parle, bien entendu, des luxations incomplètes, car je pense que ma pièce appartient à ces dernières. Mais en pareille matière une opinion n'est pas une démonstration ; je vais donc essayer de prouver mon dire.

Dans la luxation complète, la tête du radius est en rapport avec la partie inférieure de la face externe de l'humérus, où elle s'est creusé

une fossette ; ici la nouvelle surface articulaire monte à peine plus haut que la trochlée ; elle s'est formée à la place du condyle et non au-dessus. La tête radiale est moins large, comme conique ou globuleuse, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces du Musée Dupuytren ; cette déformation n'existe pas ici ; il n'y a plus de cupule, mais le diamètre de la circonférence est resté le même, s'il n'est pas agrandi. Sur notre pièce, le déplacement du radius sur le cubitus est très-peu prononcé ; tandis que, si la luxation est complète, l'os luxé se porte en avant, vers la pointe de l'apophyse coronoïde. J'ai déjà signalé dans la description ce fait, que le bord inférieur de la nouvelle surface articulaire a précisément le même contour, la même position que celui du condyle huméral, preuve péremptoire, si l'on veut bien y songer, que la luxation était incomplète, puisque le radius est encore en rapport avec ce bord. Enfin, je ferai remarquer l'intégrité absolue de la capsule, et la position très-anormale, jamais observée jusqu'ici, du ligament annulaire ; on se rappelle qu'il était passé au-dessus de la tête du radius. Il est impossible de concevoir comment il aurait pu prendre cette position dans une luxation primitivement complète ; de toute nécessité, il aurait été rompu ou serait resté sur le col du radius, la capsule articulaire livrant passage à la tête de l'os.

Après avoir bien pesé toutes ces raisons, je crois très-nettement qu'il y a là une luxation incomplète de l'enfance, luxation méconnue, non traitée ou récidivée, et que par suite les ligaments se sont étendus, les surfaces articulaires transformées pour la plus entière étendue possible des mouvements. En somme, nous avons sous les yeux une chose rare (1) et qui méritait d'être décrite, l'anatomie pathologique d'une luxation incomplète du radius en avant datant probablement de l'enfance et observée vers la vingtième année.

M. HUGUIER communique à la Société ses observations sur certaines tumeurs fibreuses du bassin rencontrées chez la femme, et qu'il désigne sous le nom de tumeurs fibreuses pelviennes ; il en fait voir un spécimen qu'il a enlevé il y a quelques jours.

Ces tumeurs sont indépendantes des organes contenus dans la cavité du bassin, et parfaitement distinctes des exostoses, des pério-

(1) Je dis rare, car je ne connais d'autre autopsie que celle de M. Malgaigne, faite quarante-sept jours après la réduction sur un vieillard de Bicêtre. Il y avait une petite fracture du bord postérieur de la cupule radiale.

stoses, des ostéosarcomes, des chondromes, des ostéostéatomes, des tumeurs vasculaires des os et des exostoses libres et flottantes.

Elles sont constituées par des masses purement fibreuses, de forme sphérique ou ovoïde, en simple contact avec le bassin, ou adhérant à son squelette par un pédicule plus ou moins long et plus ou moins volumineux.

Cette affection n'a pas encore été signalée : la thèse de concours de M. P. Dubois, le mémoire de M. Danyau sur les tumeurs des parties molles du bassin, la thèse de M. Tarnier sur les cas qui nécessitent l'extraction du fœtus, ne la mentionnent pas.

M. Huguier fait appel à l'expérience de ses collègues, afin de pouvoir comparer les faits qu'ils ont pu observer à ceux qu'il a eu l'occasion de rencontrer.

Ces productions fibreuses sont intra ou extrapelviennes. La première que vit M. Huguier, en 1845 ou 1846, à l'hôpital de Lourcine, était intrapelvienne, et semblait adhérer au voisinage de l'articulation sacro-iliaque gauche. Les quatre autres qu'il a vues depuis étaient extrapelviennes.

L'une des malades qui fut opérée par M. Gosselin, le 21 février 1860, entra dans le service de M. Huguier le 1er mai. La seconde, la femme G..., entrée à l'hôpital le 24 mars 1860, avait une tumeur adhérente à la quatrième fausse côte et à la crête iliaque gauche. La troisième, O..., entrée le 4 mai 1860, avait une tumeur adhérente à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. La quatrième enfin, B..., entrée le 15 juin 1860, et dont le dessin est mis sous les yeux de la Société, présentait une tumeur dans la même situation.

Composées de tissu fibreux pur, ces tumeurs ont pour siége de prédilection la partie supérieure de l'arcade crurale en bas, l'épine iliaque en dehors, et s'étendent en dedans, suivant qu'elles sont plus ou moins volumineuses. Elles ont pour siége anatomique l'espace compris entre le dédoublement des parois abdominales au niveau de l'arcade crurale, en avant les parois fibreuses et musculaires, en arrière le *fascia transversalis*, et le péritoine, sur la face externe duquel elles reposent.

La cause en est inconnue, et l'âge adulte seul en a jusqu'ici offert des exemples.

Assez mobiles, très-dures au toucher, indolentes, elles ne déterminent pas d'accidents : la fatigue seule y provoque des douleurs. La malade de M. Gosselin, cependant, éprouvait de vives douleurs dans le bassin.

Le traitement appliqué à ces tumeurs a varié : les fondants locaux et généraux sont restés sans effet. Les sétons filiformes, passés en croix à travers la tumeur et restés en place pendant un mois, n'ont amené aucun résultat satisfaisant chez la femme B... La section sous-cutanée du pédicule de la tumeur, pratiquée chez la femme O... dans le but d'empêcher la nutrition de la production morbide, semble en avoir arrêté l'accroissement depuis deux mois et demi. Toute réserve doit être faite pour l'avenir sur ce mode de traitement.

L'extirpation, enfin, a été employée chez la femme B... L'opération fut simple et facile : une incision menée suivant le grand diamètre de la tumeur, mit celle-ci à découvert et permit de la disséquer.

Le pédicule était factice et simulé par l'élongation des fibres musculaires du petit oblique et du transverse. Le péritoine, adhérent à la tumeur, fut ouvert. On réunit la plaie par des sutures profondes portant sur l'aponévrose du grand oblique, et par une suture superficielle des téguments.

Les suites de l'opération furent heureuses, et la malade, à la veille d'être guérie, sortira bientôt de l'hôpital.

M. VERNEUIL a eu l'occasion de voir une tumeur de la nature de celles que vient de décrire M. Huguier. C'était chez une jeune femme de vingt-cinq ans, une fois mère et parente de l'un de nos confrères.

Cette tumeur, grosse comme un œuf de dinde, siégeait dans la fosse iliaque gauche, proéminait en dehors autant qu'elle s'enfonçait en dedans de l'abdomen, et avait pour point de départ l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Elle était indolente, ferme, non douloureuse, recouverte par une peau très-mince, et ne déterminait aucun trouble fonctionnel. Il était impossible de la déplacer en dehors. On diagnostiqua une tumeur pariétale venant du périoste ou en relation avec lui. On administra des fondants sans succès, et la tumeur, en quinze ou dix-huit mois, augmenta d'un tiers de son volume environ. Néanmoins on n'osa tenter aucune opération.

Si l'expérience démontre que ces tumeurs sont séparées du péritoine, on pourrait les atteindre et les extirper.

M. Verneuil considère les sétons comme dangereux, et la section sous-cutanée du pédicule comme insignifiante.

M. HUGUIER a essayé les fondants, en vue de combattre des accidents syphilitiques possibles.

Sans vouloir dire que la section du pédicule doit être suivie de succès, il constate que la tumeur ainsi traitée est restée stationnaire.

La tumeur pourrait continuer à grossir néanmoins; car si elle n'est plus alimentée par les vaisseaux pédiculaires, elle l'est encore par les vaisseaux de la surface. La section du pédicule est, du reste, une opération simple. M. Huguier s'est servi pour la pratiquer d'un bistouri mousse falciforme, passé derrière la tumeur et ramené en dehors ; les fibres du pédicule étaient très-dures et criaient sous l'instrument, au point de produire un bruit appréciable par les assistants.

M. MICHON a vu trois tumeurs de cette nature. L'une, chez une dame de trente à trente-six ans, en consultation avec M. Deguise père : elle était mobile dans tous les sens, dure, bosselée. Le diagnostic douteux qu'on en porta fit proposer puis abandonner l'opération. Cependant l'opération fut pratiquée par M. Nélaton avec l'aide de M. Deguise, et en présence de M. Michon : elle fut longue et laborieuse. La tumeur adhérait fortement au péritoine, qui fut ouvert, et offrait un pédicule très-large, inséré à la crête iliaque. La malade guérit.

L'autre, chez une dame de la rue Saint-Victor, était située un peu plus haut que la précédente. M. Michon l'enleva avec beaucoup de peine; mais cependant sans ouvrir le péritoine. La malade guérit, et depuis cinq ans n'a pas eu de récidive.

La troisième, enfin, peu volumineuse et indolente, chez une jeune modiste, qui ne voulut pas se résoudre à se faire opérer.

M. GOSSELIN rappelle quelques points de l'histoire de la malade citée par M. Huguier. Cette femme avait pendant la marche d'excessives douleurs dans le bassin : atteinte en même temps que de sa tumeur d'une affection utérine, elle fut d'abord traitée et guérie de celle-ci, puis opérée de celle-là. Avant d'entreprendre l'opération, M. Gosselin se proposa de faire une ablation complète ou incomplète de la tumeur, suivant qu'elle adhérerait ou n'adhérerait pas au péritoine. Ayant constaté l'adhérence, il fit une section de la masse, dont il laissa une couche très-mince sur la membrane péritonéale. Une récidive eut lieu, et la tumeur se développa sous les yeux du chirurgien pendant la cicatrisation. Des flèches caustiques furent alors passées à la base de la production nouvelle, et la cicatrice se forma, en s'étalant sur l'espèce de plaque dure fournie par les derniers vestiges de la tumeur.

La malade ne fut pas soulagée, et elle éprouve toujours de très-vives douleurs lorsqu'elle se fatigue. Peut-être faudra-t-il faire une extirpation complète et ouvrir le péritoine : M. Gosselin n'ose encore s'y décider.

La tumeur était très-vasculaire : cette condition serait en corrélation avec sa récidive et sa grande sensibilité.

M. HUGUIER fait remarquer que ces tumeurs n'ont été jusqu'ici rencontrées que chez les femmes, et que les malades opérées ont guéri, bien que le péritoine ait été ouvert.

La laxité de celle qu'il a enlevée l'a décidé à l'attaquer par le bistouri.

Chez la malade de M. Gosselin la récidive est peu de chose, et la cicatrice fait corps avec la tumeur. Cette femme pourrait être considérée comme guérie si elle n'avait plus de douleurs. Son observation montre néanmoins que l'extirpation incomplète n'est pas impossible.

M. CHASSAIGNAC a présenté à la Société, il y a deux ans, une femme qu'il a opérée d'une tumeur analogue. Avant l'opération, il ne connaissait pas les limites de la tumeur, qu'il enleva avec l'écraseur appliqué au niveau de sa portion libre. Il cautérisa avec le fer rouge. Quinze jours après, cependant, la tumeur repullula. Une nouvelle abrasion fut faite, suivie de l'application du caustique de Vienne. Il est résulté de cette seconde opération une cicatrice solide, dont le péritoine fait probablement partie.

M. DEPAUL rappelle qu'il existe d'autres exemples de tumeurs analogues, mais de siége différent, qui, bien que situées aussi en dehors du péritoine, apportent quelquefois des difficultés dans l'accouchement.

Il a rencontré huit ou dix fois des tumeurs fibreuses de la grosseur d'une noix ou d'une petite pomme dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et il est convaincu qu'elles ne sont pas très-rares.

M. HUGUIER n'a pas voulu parler de tumeurs contenues dans le bassin, mais de tumeurs pelviennes, différant des premières par les caractères qu'il a donnés précédemment.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. TRÉLAT présente une petite fille de trois ou quatre ans, déjà connue de quelques membres de la Société, atteinte d'une tumeur érectile veineuse située au-dessous de la branche horizontale gauche de la mâchoire inférieure. M. Marjolin a fait dans cette tumeur une injection de perchlorure de fer, et M. Follin y a passé deux sétons caustiques. La tumeur a un peu diminué.

On est d'avis de revenir aux sétons caustiques, ou d'enlever la tumeur au moyen de l'écraseur.

— M. HUGUIER présente une infirmière de Sainte-Perrine, âgée de soixante-neuf ans.

Le 15 janvier 1859, elle entre à Beaujon pour une tumeur cancéreuse de la langue. Cette tumeur datait de quatre ans; elle avait commencé par un petit bouton, et avait régulièrement augmenté de volume en faisant éprouver à la malade des douleurs lancinantes. Elle occupait le côté droit de la langue, près de la pointe; elle n'avait pas alors de ganglions sous-maxillaires.

Trois mois après l'opération apparut un ganglion sous-maxillaire au côté droit. Il augmenta lentement, sans causer de souffrance. Elle entra à l'hôpital le 12 août 1859, et ce ganglion fut enlevé.

En février 1860, elle vit apparaître un nouveau ganglion situé au-dessous du précédent. Il a augmenté lentement, sans douleur, et aujourd'hui il a acquis le volume d'une noix. Il paraît profondément adhérent.

Aucune récidive n'a lieu dans la langue, non plus qu'à l'endroit occupé jadis par le ganglion enlevé.

M. GOSSELIN. On a souvent l'occasion de rencontrer dans les hôpitaux des malades qui, à la suite d'un effort violent ou d'une chute, souffrent de l'épaule, sans qu'aucnn signe physique autorise à admettre une lésion spéciale. On explique les souffrances immédiates et consécutives par une contusion des parties molles ou une entorse. Quelquefois la guérison est prompte; mais, dans d'autres cas, elle se fait longtemps attendre, et n'a lieu qu'après une ankylose incomplète, et l'on n'a pas eu souvent l'occasion de constater une lésion primitive qui rendît bien compte de ces particularités.

M. Gosselin a eu dernièrement (1er août 1860) l'occasion d'étudier à l'hôpital Beaujon un fait de ce genre dans lequel il a trouvé à l'autopsie une lésion tout à fait inattendue et nouvelle pour lui, savoir: un écrasement partiel et très-limité de la tête humérale et de son cartilage diarthroïdal.

Le malade, homme vigoureux, âgé de quarante-trois ans, avait ressenti une douleur très-vive à l'épaule gauche au moment où il cherchait à enlever, pour le mettre sur cette épaule, un sac de charbon de terre. Au même moment la planche qui allait du bateau au quai se cassa, et il tomba. Les renseignements qu'il a donnés pouvaient faire croire que la douleur avait été produite par l'effort plutôt que par la

chute ; mais la lésion qu'on a trouvée, quoique difficile à comprendre, s'explique mieux par la chute que par l'effort.

Le lendemain de son entrée (1er août), M. Gosselin ne constata ni déformations, ni saillies anormales, ni mobilité, ni crépitation. Les douleurs étaient provoquées par les mouvements volontaires ou communiqués, mais étaient nulles pendant le repos. Le soir même de ce jour, vers sept heures, le malade fut pris d'un délire violent, qui dut être considéré comme nerveux et alcoolique ; ce délire persista toute la nuit, et le lendemain (2 août), pendant la visite, à neuf heures du matin, le malade expirait, quatorze heures environ après le début du délire nerveux intense, pour lequel l'interne de garde et le chirurgien ne furent pas demandés, et qui par conséquent ne fut pas traité.

M. Gosselin a disséqué lui-même couches par couches le moignon de l'épaule. Il n'a trouvé aucune déchirure ni ecchymose sous la peau, dans le deltoïde, les autres muscles péri-articulaires et la capsule fibreuse. On vit seulement un peu d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire placé autour du biceps et du coraco-brachial ; cette infiltration se prolongeait le long du tendon de la longue portion du biceps jusqu'au niveau de l'articulation ; mais ce tendon était à sa place, et n'offrait point de solution de continuité.

En ouvrant la capsule, M. Gosselin trouva une notable quantité, environ une bonne cuillerée, de sang à demi coagulé dans la cavité articulaire, et après avoir enlevé l'humérus, il reconnut que le cartilage de la tête humérale présentait deux petites fissures par lesquelles la pression faisait suinter une nouvelle quantité de sang. Ces petites fissures occupaient la partie externe de la surface diarthroïdale, qui présentait elle-même une dépression antéro-postérieure très-prononcée et bien visible encore aujourd'hui sur la pièce. Après avoir divisé l'os par un trait de scie vertical passant par la dépression, M. Gosselin a reconnu sur un point très-limité et correspondant à la dépression du cartilage, un écrasement du tissu spongieux occupant en largeur un peu plus d'un centimètre, et en profondeur à peine un centimètre de ce tissu. Autour de l'écrasement et au loin, le tissu spongieux était infiltré de sang, ainsi qu'on le voit sur le dessin qui a été fait au moment où la pièce était fraîche, et que M. Gosselin met également sous les yeux de la Société.

Ainsi donc, écrasement partiel de la tête de l'humérus, épanchement de sang dans la cavité articulaire. Il n'en faut pas davantage pour expliquer pendant la vie une arthrite consécutive, une roideur

permanente ; et enfin, après la mort, une déformation de la tête humérale, que les anatomo-pathologistes rapporteraient facilement à toute autre cause.

Ce genre de lésion est-il fréquent après les contusions de l'épaule ? L'observe-t-on après les simples efforts ? M. Gosselin se tient, sur ces points, dans la plus complète réserve, et fait appel, pour leur solution, à de nouvelles observations.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 29 août 1860.

Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine.

2° Le journal de médecine de Bordeaux.

3° *L'art dentaire* (revue mensuelle).

4° Une note sur quelques modifications au procédé de Scarpa pour la prompte guérison de la tumeur lacrymale (en italien), par M. Paolo Beretta Giufrido (de Catane).

5° Pour le concours du prix Duval, la thèse de M. le docteur Théodore Boussuge, intitulée : *De la diphthéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies.*

6° M. Boinet présente, de la part de M. le docteur Lizé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans, une observation de mal vertébral, avec gibbosités et abcès par congestion. Guérison obtenue par l'emploi simultané du traitement interne et des injections iodées. (Renvoyée à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Lizé.)

RAPPORT.

M. DEGUISE fils lit un rapport sur un travail de M. Trélat, intitulé *Note et réflexions sur un cas de chute grave ayant déterminé des fractures du crâne et du fémur, avec rupture de la rate, et suivie de mort rapide.*

Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Desormeaux et Deguise, vous rendre compte d'une observation de M. Trélat dont il vous a donné lecture dans le courant de l'année 1856.

Cette observation est intitulée *Note et réflexions sur un cas de chute grave ayant déterminé des fractures du crâne et du fémur, une rupture de la rate, et suivi de mort rapide.*

En quelques mots, voici le résumé de cette observation :

Une petite fille de onze ans fait une chute sur la tête de la hauteur d'un troisième étage. Elle est apportée presque aussitôt à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate une plaie contuse de 0,03 de large à la partie supérieure gauche du front : perte de connaissance, face pâle ; pupilles dilatées ; l'œil droit demi-ouvert, le gauche fermé ; résolution complète des membres ; respiration calme, profonde ; pouls petit, sans accélération ; mort trois heures après l'accident, sans qu'il survînt aucun changement dans l'état précédemment décrit.

A l'autopsie, on constate des fractures multiples de la voûte du crâne, dont la principale est constituée par un vaste fragment de 0,09 environ de diamètre et limité par une ligne spirale qui commence en arrière de la bosse pariétale gauche, traverse la suture bipariétale, revient vers la bosse frontale gauche, passe au-dessus de la tempe et se termine sur la bosse pariétale d'où elle est partie.

Les bords postérieurs de ce fragment étaient enfoncés de 0,002 ; les antérieurs légèrement relevés. De plus, la table interne, dans la portion qui correspondait à la fracture externe, était divisée en douze petits fragments.

Les lésions du cerveau se bornent à un peu de congestion de la pie-mère.

La fracture du fémur était très-oblique et occupait la partie moyenne de l'os.

La cavité abdominale renfermait un épanchement de sang évalué de 150 à 200 grammes, dû à une déchirure de la rate au niveau de la face convexe.

M. Trélat, après avoir rapporté avec un soin minutieux tous les détails de cette autopsie, attribue la mort rapide de cette petite malade à la rupture de la rate, en faisant remarquer que si l'abdomen n'eût pas été ouvert on n'eût pas manqué d'expliquer la mort par la commotion cérébrale. Or M. Trélat ne paraît pas croire à la commotion cérébrale comme pouvant à elle seule causer la mort, à moins qu'il n'existe en même temps quelque lésion grave, *récente* ou *an-*

cienne, soit dans le centre nerveux, soit dans quelque autre viscère.

Dans le fait rapporté par M. Trélat, je lui accorde volontiers que la rupture de la rate et l'hémorrhagie à laquelle elle a donné lieu ont joué un rôle important dans la question de mort, tout en comprenant parfaitement bien que cette mort eût pu arriver d'une façon aussi rapide sans la lésion de ce dernier viscère ; mais il m'est impossible de me ranger à son avis lorsqu'il pose en principe que la commotion cérébrale ne peut occasionner la mort qu'autant que le cerveau offre une lésion grave, *récente* ou *ancienne*, ou bien qu'il existe quelque rupture de viscère. Les observations qui démontrent le contraire ne sont pas aussi rares que le pense M. Trélat. Je n'aurais même pas besoin d'aller chercher ailleurs que dans la note de l'auteur pour battre en brèche l'opinion qu'il soutient. Ce qui prouve une fois de plus combien les meilleurs esprits sont faciles à égarer dans l'interprétation d'un fait.

Ainsi M. Trélat, dans les réflexions qui suivent le compte rendu de son observation, cite à l'appui de sa manière de voir, au sujet de la commotion cérébrale, deux faits qui lui paraissent on ne peut plus probants. Or ces deux faits, je les tiens comme très-authentiques ; mais, à mon point de vue, ils démontrent absolument le contraire de ce que M. Trélat a cru y découvrir.

Le premier fait appartient à Morgagni, et a trait à un aliéné qui se précipite contre un mur et meurt. A l'autopsie on trouve une encéphalite chronique, caractérisée par de la diffluence de la substance grise du cerveau et du cervelet et de la dureté de la substance blanche. Pour M. Trélat, c'est la phlegmasie chronique qui a joué le principal rôle dans la mort de l'aliéné ; pour moi, l'encéphalite y a été complétement étrangère : la commotion cérébrale a tout fait.

M. Trélat est trop au courant de l'anatomie pathologique de la folie pour ne pas savoir aussi bien que moi que l'encéphalite chronique la mieux caractérisée n'a pas l'habitude de procéder par une mort aussi subite.

Le second fait a été recueilli en 1853 à Bicêtre par M. Trélat lui-même. Un vieillard à l'état d'enfance se précipite d'un premier étage et meurt en arrivant à l'infirmerie. — A l'autopsie, on constate de nombreuses fractures, et entre autres une fracture étendue de la base du crâne.

Comme il n'y avait aucune trace de contusion cérébrale ni aucun épanchement soit en dedans, soit en dehors de la dure-mère, on aurait pu déclarer, dit M. Trélat, que ce vieillard avait succombé à une

commotion cérébrale ; mais, en poursuivant l'examen du cerveau, on rencontra dans la profondeur de l'hémisphère droit une cavité communiquant avec le ventricule latéral, dont *les parois étaient diffluentes et grisâtres*, etc.

Eh bien, je déclare que si un pareil fait se présentait dans mon service, je n'hésiterais pas un seul instant en signant la pancarte d'inscrire comme cause de décès : commotion cérébrale.

L'encéphalite chronique de l'aliéné de Morgagni, comme le ramollissement sénile du vieillard de M. Trélat, étaient sans doute des causes de mort suffisantes dans un délai plus ou moins rapproché, mais encore une fois, je ne connais pas d'encéphalite si chronique qu'elle soit, de ramollissement sénile ou d'apoplexie foudroyante, qui puisse occasionner la mort en quelques minutes.

Les lésions du cerveau, pas plus que celles du crâne, ne sont nullement nécessaires pour entraîner une mort rapide. Tout le monde connaît l'histoire de ce jeune criminel qui, pour éviter l'échafaud, s'était jeté tête baissée contre la muraille de sa prison et dont la mort fut instantanée. Littre, qui procéda à l'autopsie, ne découvrit aucune altération de la masse encéphalique : le crâne était intact, les téguments eux-mêmes ne présentaient aucune trace de contusion.

Si je voulais donner de l'étendue à ce rapport, il me serait facile de multiplier les citations plus ou moins analogues. Celle de Littre doit suffire ; passons aux lésions de la rate.

Les déchirures de la rate, qu'elles soient le résultat d'un coup ou d'une chute, ou bien qu'elles soient survenues spontanément, ont cela de commun, au point de vue de la question qui nous occupe, qu'elles sont constamment mortelles. Ainsi, dans le fait rapporté par M. Trélat, la lésion de cet organe doit nécessairement avoir une grande importance ; mais peut-être cette importance a-t-elle été exagérée par notre confrère. J'ai dit que les déchirures de la rate étaient toujours suivies de mort ; mais cette mort ne survient rapidement qu'autant que l'hémorrhagie qui accompagne la déchirure est considérable. Dans ces cas-là le sang épanché dans l'abdomen a été évalué par les auteurs à 500 grammes, et même jusqu'à deux ou trois litres. La mort arrive moins vite lorsque l'hémorrhagie est peu abondante. Quelquefois elle n'est survenue qu'au bout de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures. Une fois même elle n'est arrivée que le sixième jour. Or, comme dans l'observation de M. Trélat le sang trouvé dans le péritoine a été seulement évalué à 150 ou 200 grammes, et que néanmoins la malade n'a survécu que trois heures après l'accident,

je répète que, tout en tenant compte de cet élément, on peut être autorisé à expliquer la mort par la commotion cérébrale, surtout si on se rappelle que la chute a eu lieu sur la tête d'un troisième étage, et que, malgré la fracture de la voûte du crâne, il n'a pas été possible de trouver à l'autopsie la moindre altération du cerveau.

En résumé, si l'observation qui a donné lieu à ce rapport m'a paru prêter à la critique au point de vue de certaines interprétations, je reconnais également qu'elle mérite de la valeur principalement au point de vue des détails anatomo-pathologiques qu'elle renferme. Jointe aux autres travaux de M. Trélat, elle ne peut que lui servir honorablement pour appuyer sa candidature à une place de membre titulaire de la Société.

Je vous propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De publier son observation dans les *Bulletins*.

Note et réflexions sur un cas de chute grave ayant déterminé des fractures du crâne et du fémur, une rupture de la rate, et suivi de mort rapide; par M. V. Trélat, prosecteur à la Faculté (aujourd'hui professeur agrégé). — J'ai recueilli dernièrement à l'Hôtel-Dieu l'observation d'un fait qui m'a semblé intéressant à plusieurs points de vue, et j'ai pensé que sa relation et quelques réflexions qu'il m'a suggérées seraient agréées par la Société de chirurgie.

Voici le fait :

Une enfant de onze ans (Marie L...) est apportée sans connaissance à l'Hôtel-Dieu, le 30 mai, vers trois heures. En jouant sur la rampe d'un escalier, elle avait glissé, et était tombée avec violence sur le sol de la hauteur du troisième étage.

Il y avait une plaie contuse de 3 centimètres de large à la partie supérieure gauche du front. L'enfant était inanimée, les membres dans la résolution la plus complète; la face pâle, les pupilles dilatées, l'œil droit demi-ouvert, le gauche fermé. La respiration était calme, profonde; le pouls petit et pas accéléré. Il n'y avait eu ni vomissements ni selles.

Il ne survint aucun changement à cet état, et lentement, sans secousses, la petite malade expira vers six heures du soir, trois heures après sa chute.

A l'autopsie, on trouva une fracture du crâne, des désordres presque insignifiants du cerveau, une rupture de la rate, et une fracture du fémur droit. Chacune de ces lésions mérite qu'on s'y arrête.

La fracture de la voûte crânienne est difficile à bien décrire : c'est un aplatissement d'une portion de la sphère de 9 centimètres environ de diamètre, aplatissement circonscrit par une ligne spirale qui commence en arrière au niveau de la bosse pariétale gauche, se porte vers la suture bi-pariétale, qu'elle traverse, puis sur la suture fronto-pariétale droite, revient vers la bosse frontale gauche, passe au-dessus de la tempe, et se termine sur la bosse pariétale, d'où elle est partie à 1 centimètre plus en avant. Ce vaste fragment est coupé en deux par la suture fronto-pariétale droite. Les bords postérieurs sont enfoncés, les antérieurs sont de niveau ou même un peu relevés. Le chevauchement n'excède pas 2 millimètres. Un petit fragment triangulaire, dont les bords ont de 2 à 3 centimètres, est placé en bas du fragment circulaire, dont il constitue une petite portion. De plus, de la bosse pariétale, de la suture sagittale et du milieu du front partent trois rayons de fracture qui marchent vers le centre du fragment et qui s'arrêtent après 1 centimètre d'étendue.

De la circonférence de notre grand fragment partent quatre fractures, deux à droite et en arrière, deux directement à gauche. A droite, celle qui est postérieure s'épuise au-dessus de la bosse pariétale; l'autre, qui naît sur la suture fronto-pariétale droite, descend vers la bosse pariétale, et se bifurque en deux lignes dont une s'arrête près de la suture lambdoïde, dont l'autre descend dans la fosse sphénoïdale, où on en perd la trace.

A gauche, un des traits de fracture, qui commence à la bosse frontale, descend obliquement en arrière et rejoint l'autre trait, qui n'est autre chose que la suture fronto-pariétale, dont les dents sont fracturées. Ces deux fractures se terminent au milieu de la fosse sphénoïdale.

Tels sont les désordres qu'on remarque à l'extérieur de la boîte crânienne. A l'intérieur existe une disposition remarquable du fragment circulaire. Cette disposition porte sur deux points.

1° L'origine et la terminaison de la circonférence ne se correspondent pas à l'intérieur et à l'extérieur du crâne, d'où il résulte que dans une petite étendue il y a fracture incomplète de l'os.

2° Tandis qu'à l'extérieur le grand fragment n'était divisé qu'en deux, dont un petit et triangulaire, à l'intérieur il est divisé en douze fragments secondaires qu'il serait fastidieux de décrire en détail. Il y a donc ici de nombreuses fractures de la table interne, sans fracture de la table externe.

Le mécanisme de ces sortes de fractures a été nettement exposé

par les auteurs du *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 579, col. 1. Le crâne frappe violemment sur un plan ; sa convexité s'aplatit et s'enfonce vers l'intérieur, mais ce redressement de la paroi ne peut avoir lieu qu'en la brisant en plusieurs éclats, dont les bases forment le plus souvent un polygone irrégulier et dont les sommets se réunissent vers le centre du choc. — Cela est très-vrai chez l'adulte.

Je possède un crâne que j'ai brisé après la mort et dont la fracture peut passer pour un type de ce genre. Cinq fragments, dont les sommets confinent au milieu de la suture lambdoïde droite, déterminèrent par leur périphérie les côtés d'un pentagone. De tous les angles du pentagone partent des fractures qui se dirigent vers la voûte et vers la base chez l'adulte ; la table externe qui supporte le choc se rompt toujours : l'interne résiste parfois. Mais chez l'enfant, le mode de résistance du crâne entraîne des différences très-grandes dans l'espèce de la fracture. La table externe est mince, vasculaire, flexible ; elle plie et vient presser sur l'interne, qui s'éclate. C'est ce qu'on observe lorsqu'un corps pointu traverse la table externe et pousse devant lui un large fragment de l'interne. Toute la différence est que chez l'enfant la souplesse de la lame superficielle permet au corps contondant d'agir médiatement sur la profonde.

J'ai dit que les lésions étaient presque nulles sur le cerveau et à l'intérieur du crâne. Nul épanchement entre le crâne et la dure-mère, point dans la cavité de l'arachnoïde ; un peu de congestion de la pie-mère ; pas de sang ni de sérosité dans les ventricules, sur la substance cérébrale elle-même ; pas de contusion, pas de foyer sanguin ; le cerveau était assez ferme, et remplissait parfaitement la cavité du crâne. Coupée par tranches, la substance de l'organe se présentait avec son aspect habituel : pas de foyer hémorrhagique, pas de piqueté vasculaire. Le cervelet, le bulbe, étaient dans le même état d'intégrité. En somme, à part la congestion très-modérée de la pie-mère, on ne trouvait aucune lésion à l'intérieur du crâne.

Voilà donc une enfant qui a une plaie de tête, une fracture considérable de la voûte du crâne ; elle succombe au bout de trois heures. A l'autopsie, on ne trouve que des désordres insignifiants du cerveau. C'est évidemment la commotion cérébrale qui a déterminé la mort.

Il ne faut cependant pas tant se presser de conclure. Depuis que la commotion cérébrale examinée comme cause de mort a mieux fixé l'attention des observateurs, on a vu que le plus souvent, je dirai même toujours, il existe d'autres lésions graves.

Ces lésions portent parfois sur les centres nerveux eux-mêmes; c'est de la contusion cérébrale, c'est un épanchement autour du bulbe; dans quelques circonstances rares, c'est une affection organique ancienne du cerveau, non soupçonnée jusqu'au moment de l'accident, qui sous l'influence du choc cause une mort rapide; souvent, enfin, ce sont des déchirures viscérales plus ou moins graves.

Je ne puis, à propos de cette observation, entrer dans le détail de tous ces faits; j'en citerai seulement quelques-uns, relatifs aux lésions préexistantes du cerveau. Un d'eux appartient à Morgagni (Lettre VIII, n° 15; Désormeaux et Destouet). C'est un aliéné qui se précipite contre un mur et meurt. L'autopsie révèle les désordres que nous attribuons aujourd'hui à l'encéphalite chronique : sérosité arachnoïdienne, diffluence de la substance grise du cerveau et du cervelet, dureté de la substance blanche.

J'ai recueilli à Bicêtre, en 1853, une observation qui peut ainsi se résumer :

Un vieillard, en état d'enfance, se précipite d'un premier étage sur le pavé; on l'apporte mourant à l'infirmerie. Il avait de nombreuses fractures à la main et à l'humérus droit, aux six côtes moyennes du même côté, une fracture étendue de la base du crâne. Il n'y avait pas de contusion cérébrale, pas d'épanchement sanguin ni en dehors ni en dedans de la dure-mère; la pie-mère, surtout en arrière, offrait une congestion assez intense.

On déclara que le blessé avait succombé à une commotion cérébrale. Soit, mais il aurait fallu tenir compte des désordres très-profonds situés en arrière et en haut de l'hémisphère droit. En ce point, les membranes épaissies, rougeâtres, étaient flottantes et déprimées; au-dessous d'elles, une cavité large de 6 centimètres et profonde de 3 donnait accès dans le ventricule latéral; les parois de cette excavation étaient diffluentes et grisâtres; il y avait un peu de sérosité qui s'échappait du ventricule par cet orifice.

Je lis dans la *Gazette hebdomadaire* (5 juin 1856, n° 23) qu'un individu, entré à l'hôpital pour un rétrécissement de l'urèthre et jouissant d'une excellente santé, meurt subitement après avoir fait quelques excès de boisson. Cet homme avait une tumeur du volume d'un œuf, située à droite, au-dessous de la tente du cervelet. Supposons, ce qui est très-admissible en raison de l'ivresse, que notre homme ait fait une chute. Très-probablement la mort en eût été la conséquence immédiate ou rapide. Aurait-on dit encore que c'était de la

commotion cérébrale ? Il est rationnel de penser que cette erreur n'aurait pas été commise.

Mais ces quelques citations n'ont qu'un rapport indirect avec le fait qui nous occupe. Je disais plus haut qu'il ne fallait pas tant se presser de conclure à la commotion. En effet, en ouvrant la cavité abdominale, on trouvait un épanchement sanguin assez considérable dans le petit bassin, 150 à 200 grammes; à gauche, le péritoine, les intestins étaient rougis par du sang déposé à leur surface; l'arrière-cavité des épiploons, déchirée au niveau du ligament gastro-splénique, renfermait aussi un peu de sang; enfin, la rate était déchirée sur sa face convexe et sur son bord antérieur. La déchirure avait au moins 3 centimètres de large. C'était la source de l'hémorrhagie.

Ces ruptures viscérales, consécutives à des chutes d'un lieu élevé, ne sont pas extrêmement rares; tous les chirurgiens en ont observé des exemples. C'est sur leur coexistence avec les plaies de tête que Richerand avait fondé sa théorie des abcès viscéraux. Et cependant c'est en vain qu'on en chercherait l'indication dans les meilleurs traités de chirurgie.

La méthode est une bonne chose, mais elle est en faute quand elle fait ranger les déchirures du foie, du cœur, de la rate, etc., aux articles maladies du foie, du cœur, et qu'elle fait omettre cette remarque importante : il n'est pas très-rare que des ruptures de viscères se produisent en même temps que des plaies de tête graves et qu'elles soient la cause immédiate ou médiate de la mort. Aussi combien d'observations tronquées, où, après avoir ouvert le crâne et vu que le cerveau est intact, on déclare, sans plus ample informé, que le blessé a dû succomber à une commotion !

L'attention a été si peu ou si mal appelée sur ces coïncidences, qu'en cherchant dans la vaste collection des *Archives* et dans les trente années de la Société anatomique, j'ai trouvé en tout trois mauvaises indications, et un seul fait mentionné avec détail (1). Ce dernier a été communiqué à la Société de chirurgie par M. Giraldès, en juillet 1853. Dans les autres, on se borne à signaler, à la suite de chutes d'un lieu élevé, des ruptures du cœur, du péricarde, des poumons, du foie, de la rate et du rein.

Je n'entrerai pas ici dans la discussion pour savoir si ces ruptures expliquent toujours la mort ; il me suffit d'avoir signalé le fait pour

(1) *Archives*, 1re série, t. XIX, p. 619. — *Bulletins de la Soc. anat.*, 1830, p. 26, et 1839, p. 104.

être en droit de demander qu'à l'avenir toute observation de chute grave où la cause de la mort reste douteuse renferme l'exploration positive des grandes cavités viscérales.

Je n'insisterai pas longuement sur la fracture du fémur. Il est impossible de savoir comment elle s'est produite. Le membre ne portait aucune trace de contusion, aucune éraillure de la peau. A première vue, on constatait un raccourcissement très-évident, et une flexion angulaire de la cuisse à sommet externe. La fracture siégeait un peu au-dessous du milieu de l'os. En enlevant les parties molles, on pouvait voir des fibres musculaires du triceps interposées entre les fragments; le fragment inférieur était complétement recouvert de son périoste ; il avait glissé en arrière et en dedans du supérieur, dont le périoste était décollé dans une étendue de trois centimètres ; au niveau de ce décollement existait un épanchement sanguin, gros comme un petit œuf ; d'autres foyers plus petits se voyaient dans l'épaisseur du vaste interne.

La fracture elle-même présente une double obliquité en bas et en dedans ; le fragment supérieur se termine en bas et en dedans par une pointe aiguë qui correspond à un angle rentrant du fragment inférieur. En arrière et en dedans, ce fragment entre par un sommet très-aigu dans un angle ouvert à la face postérieure du fragment supérieur ; un très-petit fragment est détaché sur le bord du fragment inférieur. La portion interne de la fracture contourne spiralement les faces postérieure et interne de l'os ; la portion externe est simplement oblique d'arrière en avant sur la face externe. Des deux angles de la fracture partent deux fissures longitudinales qui disparaissent après un trajet de deux centimètres. Une autre fissure verticale existe en avant et au milieu du fragment supérieur.

Ces formes donneraient à penser que la fracture a été consécutive à une chute sur le genou. Sur la pièce sèche on peut maintenir les fragments en rapport exact ; sur le cadavre c'était impossible à cause de l'interposition de fibres musculaires qui faisaient glisser les fragments l'un sur l'autre.

M. GOSSELIN. L'accident connu sous le nom de commotion du cerveau peut-il entraîner une mort rapide, comme le pense M. Deguise, sans lésion appréciable de l'encéphale et de ses enveloppes ?

Les faits cités par les auteurs anciens confirment cette manière de voir, qui reste douteuse pour quelques chirurgiens. Il serait donc désirable que les observateurs modernes voulussent bien apporter à l'élucidation de ce point de pathologie le contingent de leurs recherches.

M. Gosselin a toujours trouvé des lésions de l'encéphale chez les sujets qui ont succombé rapidement à la commotion cérébrale : les lésions consistaient en déchirures ou en contusions superficielles et multiples ; en contusions profondes situées au-dessous de lésions peu apparentes à la surface ; en épanchements sanguins superficiels ou profonds.

M. Gosselin ne nie pas la commotion du cerveau, mais il est porté à admettre que les sujets qui en guérissent sont exempts des lésions qu'il vient de signaler.

M. BAUCHET pense qu'il existe des observations incontestables de mort rapide à la suite de commotions du cerveau, sans lésions appréciables à l'autopsie. Il ne croit pas que les petites contusions que l'on rencontre quelquefois soient de nature à déterminer immédiatement la mort ; elles sont insignifiantes. M. Bauchet est persuadé que la mort rapide, dans le cas où on rencontre ces lésions, est due à une autre cause, à ce qu'on a appelé la commotion.

M. GUERSANT a fait l'autopsie de trois sujets morts de commotion cérébrale, et il est porté à croire, d'après ce qu'il a rencontré, que cet accident s'accompagne toujours de lésions appréciables.

M. CHASSAIGNAC. La tendance actuelle des chirurgiens est d'admettre des lésions appréciables dans la commotion du cerveau : il est plus que probable que si nos devanciers n'ont pas rencontré de lésions, c'est qu'ils ne les ont pas cherchées avec assez de soin, ou que ces lésions, difficiles à découvrir, leur ont échappé.

M. Chassaignac rappelle l'observation d'un jeune mousse qui, tombé du grand mât à fond de cale, mourut de commotion cérébrale, et chez qui il trouva des épanchements miliaires coagulés.

M. GIRALDÈS partage l'opinion de M. Chassaignac, et ajoute que non-seulement on rencontre des épanchements miliaires dans la substance cérébrale, mais encore dans l'épaisseur de la pie-mère. Les recherches de Sanson sur ce sujet sont de nature à dissiper tous les doutes.

M. BAUCHET rappelle que la contusion ou la déchirure du cerveau donnent lieu à des accidents consécutifs plutôt qu'à des accidents immédiats.

M. Fano, dans son mémoire, a nié la commotion du cerveau, et cependant une des expériences de ce chirurgien confirme l'existence de cet accident sans lésion appréciable. Pour lui, il a réuni six faits incontestables de commotion cérébrale rapidement suivie de mort sans lésion appréciable.

M. CHASSAIGNAC rejette comme insignifiante l'expérience de M. Fano ; le chien assommé par M. Fano et ayant présenté des phénomènes de commotion n'étant pas mort, mais ayant été sacrifié. Il faudrait, pour que l'expérience fût probante, que le chien fût mort sous le coup, ou très-rapidement, sans présenter de lésion.

M. Chassaignac suppose volontiers que la commotion est au cerveau ce qu'est la congestion cérébrale, et il se la représente comme un *coup de sang traumatique*.

Il ne partage pas l'opinion de M. Deguise, qui pense que les apoplexies n'entraînent jamais une mort immédiate, et il croit que les apoplexies considérables et les apoplexies du bulbe déterminent une mort foudroyante.

M. GOSSELIN insiste sur la difficulté de rechercher et de constater les lésions anatomo-pathologiques. Il fait ressortir l'importance, au point de vue clinique, des accidents de cette nature sur lesquels plane une obscurité qui ne peut être dissipée que par des observations et des recherches nouvelles.

M. DEGUISE n'a pas voulu faire dans son rapport l'histoire de la commotion, mais il pense qu'on peut expliquer la mort rapide par la commotion simple. Sans nier les désordres rencontrés chez les sujets qui succombent, il nie cependant que ces désordres soient assez considérables pour justifier une mort immédiate.

Il a fait l'autopsie d'un homme frappé au front par une lourde pièce de bois et mort sur le coup ; il n'a trouvé qu'une plaie insignifiante des téguments protecteurs, sans fracture, sans lésion autre de l'encéphale que quelques traces rouges sur la pie-mère. Si le blessé n'avait succombé que le lendemain, la pie-mère n'eût-elle pas pu être rouge? Les épanchements de la pie-mère ne sont pas pour M. Deguise une cause de mort instantanée.

Il persiste à nier les apoplexies foudroyantes par épanchements, sauf les apoplexies de la protubérance et de la moelle allongée, mais il admet la congestion comme cause de mort subite.

M. VERNEUIL appelle l'attention de la Société sur les phlébites qui peuvent succéder à la compression exercée sur les artères voisines des veines. Il a eu l'occasion d'observer trois fois cet accident. Une jeune fille amputée de la cuisse, et soumise pendant l'opération à une courte compression de l'artère crurale, fut atteinte d'une phlébite de la veine dans la région inguinale.

Le développement d'une tumeur de tous points en rapport avec la veine crurale ne permit aucun doute à cet égard ; aucun phénomène

particulier ne se déclara néanmoins : il n'y eut pas d'œdème, la résolution se fit progressivement, et la guérison fut obtenue sans encombre.

Chez un autre opéré amputé de la jambe, pareil accident survint : la compression au pli de l'aine avait duré environ vingt minutes ; deux jours après l'opération, des douleurs apparurent à la racine du membre, en même temps qu'un peu de gonflement et une induration longitudinale sous forme de cordon volumineux en dedans de l'artère et suivant le trajet de la veine crurale. Quelques ventouses et des cataplasmes amenèrent un commencement de résolution. Le malade succomba à l'infection purulente. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

Sur un troisième malade traité d'un anévrysme énorme du creux poplité par la compression digitale, la compression fut de très-longue durée. On rapporta aux téguments la sensibilité qui se développa dans la région; cependant un œdème considérable du membre et du pied se déclara ; les orteils se refroidirent, et la gangrène, envahissant progressivement tout l'avant-pied, ne se borna qu'à l'articulation tibio-tarsienne. L'attention ne fut pas appelée pendant la vie du malade sur la région inguinale, mais à l'autopsie on constata la présence de caillots très-anciens dans la veine crurale, et la double oblitération de l'artère et de la veine à des niveaux différents.

M. Verneuil conclut de l'examen de ces faits que la compression des artères exige certaines précautions, et qu'il faut comprimer le moins fort et le moins longtemps possible.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Esthiomène de la vulve suspendu par un long pédicule. — M. MOREL-LAVALLÉE présente sous ce titre l'observation suivante, en même temps que la tumeur enlevée le jour même :

Le 16 août 1860 est entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, nº 12, Emilie F..., femme C..., blanchisseuse, boulevard de Grenelle, 41.

Pas d'antécédents héréditaires. Constitution forte avec embonpoint. Pas de maladies antérieures. Mère d'un enfant actuellement sous les drapeaux; habituellement bien réglée; n'ayant jamais rien eu de particulier à la vulve que quelques démangeaisons à l'approche des règles.

Il y a environ dix ans, cette femme a remarqué, sans ressentir de douleur aucune, au milieu du bord libre de la grande lèvre gauche,

une petite tumeur du volume et de la forme d'un grain de raisin, déjà soutenuo par un petit pédicule. La tumeur a toujours grossi progressivement, et à mesure le pédicule augmentait de longueur et de diamètre.

Il y a quatre mois, la tumeur, arrivée à son plus grand développement, ressemblait à une grosse poire dont la grosse extrémité était en bas.

A cette époque, une ulcération s'est montrée à la partie inférieure, et sans qu'elle devînt elle-même douloureuse, des douleurs se sont déclarées dans la partie supérieure et interne de la cuisse correspondante. L'ulcération, procédant toujours de bas en haut, a détruit la plus grande partie de la tumeur, ainsi que nous allons le voir. Depuis deux mois, à l'époque des règles, le centre de l'ulcération ou plutôt de l'ulcère est devenu le siége d'une hémorrhagie de deux ou trois minutes seulement, mais assez abondante pour donner dans ce court espace de temps une fois deux verres et l'autre fois trois verres de sang. Chaque fois cet écoulement sanguin s'est arrêté spontanément.

Aujourd'hui, il pend de la grande lèvre gauche une tumeur en champignon de 12 centimètres de diamètre, de 2 ou 3 centimètres de hauteur ou d'épaisseur, suspendue à la grande lèvre gauche par un pédicule de 12 centimètres de long et de 8 centimètres de circonférence.

Quand la malade est couchée, cette tumeur avec son pédicule rappelle le placenta soutenu par le cordon après la délivrance. Si la malade est debout, la tumeur est flottante et descend jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Sa surface supérieure représente assez bien une calotte de sphère parsemée d'une multitude de petits mamelons d'aspect cutané, variant du volume d'une lentille à celui d'une grosse fève, les uns assez bien détachés, les autres à peine indiqués. La surface inférieure, entièrement ulcérée, offre une teinte rouge presque uniforme, entrecoupée de points d'un blanc grisâtre.

Sa circonférence est divisée dans une profondeur de 3 centimètres sur un point, et cela par le développement normal de la tumeur, cette fissure étant revêtue de la peau. Dans un autre point, elle est également divisée, mais par l'ulcération de la face inférieure, qui a gagné la face supérieure jusqu'à l'insertion du pédicule.

Élevée sur son pédicule entre les doigts, la tumeur rappelle un champignon sur sa tige.

Le pédicule est mou, a la consistance de la grande lèvre dans toute

sa longueur, excepté en bas dans une étendue de 2 ou 3 travers de doigt, où il est un peu plus dur et douloureux à la pression ; tandis qu'il est indolent partout ailleurs. On n'y sent de battements sur aucun point.

La base est triangulaire, représentée par la grande lèvre, qui semble s'être effilée pour lui donner naissance.

Pas de ganglions lymphatiques engorgés dans l'aine ni dans le ventre.

Jamais d'élancement, et aujourd'hui même il n'y a que la douleur signalée dans la partie inférieure du pédicule. Depuis trois jours, il s'est formé sur un point de la circonférence une espèce de coloration noirâtre, due, selon toute apparence, à un épanchement de sang sous la surface ulcérée.

Le mercredi 29, la tumeur est enlevée avec le bistouri, de façon à donner à la grande lèvre son étendue de peau naturelle. La réunion est faite à l'aide de serre-fines et de taffetas transparent.

Vous pourrez voir, ajoute M. Morel-Lavallée, que la tumeur offre les caractères extérieurs précédemment décrits. A la coupe, on trouve un tissu cellulaire blanchâtre, presque fibreux. C'est, en réalité, une tumeur hypertrophique du tissu cellulaire et de la peau de la vulve, avec ulcération.

M. Huguier a déjà enlevé trois tumeurs analogues, toutes également chez des blanchisseuses. Ce qui fait surtout l'intérêt de celle-ci, ce sont les dimensions exceptionnelles de la tumeur elle-même et de son pédicule, la destruction de presque toute la masse par ulcération et les hémorrhagies périodiques.

Dans la séance suivante, M. Morel ajoute : Le 30 août, un petit saignement s'est déclaré trois heures après l'opération ; on a dû enlever l'appareil. L'écoulement sanguin s'est promptement arrêté à l'aide de simples applications froides.

Pansement avec de la charpie sèche, soutenue par un bandage en T.

Le 5 septembre, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation.

MM. CHASSAIGNAC et DEPAUL sont d'avis que la tumeur présentée par M. Morel est une tumeur éléphantiasique, comme l'un et l'autre en ont rencontré et opéré.

M. MOREL rappelle que M. Huguier a décrit deux formes de l'esthiomène : l'une ulcéreuse, l'autre éléphantiasique ; c'est celle-ci qu'il présente à la Société.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Kyste hydatique du foie. — M. BOINET fut consulté, vers la fin de 1857, par un jeune homme de vingt ans, de forte constitution, pour une tumeur située dans la région du foie. Cette tumeur était un kyste hydatique du foie.

Le 18 juin, une ponction capillaire fut pratiquée et donna issue à 1,700 grammes de liquide aqueux. Pendant plusieurs mois ce malade se crut guéri, mais vers le commencement de novembre 1858, M. Boinet reconnut que le kyste se reformait. Une seconde ponction fut pratiquée, et laissa s'écouler d'abord 250 à 300 grammes de liquide limpide, puis ensuite 100 à 150 grammes d'un liquide clair jaunâtre. Les suites de ces ponctions, faites par MM. Boinet et Demarquay, furent des plus simples, et le quatrième jour de l'opération le malade quittait la Maison de santé. Cette fois, la guérison fut considérée comme radicale, et le malade resta plusieurs mois, jusqu'en 1860, sans éprouver aucun signe annonçant le retour de sa maladie; mais à cette époque la tumeur hydatique apparut de nouveau, et il fut obligé, pour la troisième fois, d'entrer à la Maison de santé: c'était le 11 juillet de cette année. Plusieurs ponctions capillaires furent successivement pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, mais sans permettre à aucun liquide de s'écouler, et aussi sans aucun accident.

La tumeur ayant fait de grands progrès, et les fonctions digestives et respiratoires se trouvant considérablement gênées, je proposai à mon excellent collègue M. Demarquay une opération plus radicale; le malade, qui était sorti de la Maison de santé depuis plusieurs jours, y rentra le 17, et de la potasse caustique fut appliquée sur le point le plus culminant de la tumeur, et renouvelée les jours suivants.

Le 22 juillet, je fis dans le kyste une ponction avec un gros trocart, celui dont je fais usage pour les kystes de l'ovaire, et une grosse sonde fut laissée à demeure. Cette ponction donna issue à de nombreuses hydatides et à deux cuvettes de pus, environ trois litres. Une injection iodée fut immédiatement pratiquée, et répétée tous les jours pendant les huit premiers jours, puis tous les deux jours, et enfin plus rarement. De nouvelles hydatides sortirent encore pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, et bientôt la cavité du kyste diminua d'une manière sensible; l'écoulement du pus se tarit peu à peu, et cessa complétement trois semaines après l'ouverture de cette poche.

Aujourd'hui 29 août, trente-six jours après cette opération, la fistule est fermée, le kyste guéri, ainsi que vous pouvez le constater en examinant le malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et dont l'observation sera publiée dans tous ses détails par M. Mousseau, interne du service de M. Demarquay.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 5 septembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Les journaux de la semaine.

2° Le volume 1856 à 1860 des *Annales de la Société de médecine de Caen.*

3° Un travail de M. le professeur Middeldorpf, intitulé *De fistulis ventriculi externis et chirurgica earum sanatione, accedente historia fistulæ arte chirurgicorum plastica prospere curatæ, commentatio.*

4° Une thèse de M. Alexandre Viennois, intitulée *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire.*

Sur la demande de M. Depaul, cette thèse est renvoyée à M. Cullerier, qui fera un rapport oral sur le travail de M. Viennois.

— La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Thiraut, qui, par l'intermédiaire de M. Charrière fils, adresse à la Société une série d'instruments de chirurgie rendus inoxydables par l'application d'un nouveau procédé de coloration.

— M. GIRALDÈS revient sur la question agitée dans la dernière séance, à savoir, s'il existe dans la science des faits de mort instantanée à la suite de commotion du cerveau sans altérations pathologiques appréciables de l'encéphale. Les faits de Littre, de M. Valer (thèse de Paris), de Sabatier, de M. O'Holoran (*Transactions de la Société rogale de Dublin*), ne sont que des assertions, comme on peut s'en convaincre en les analysant.

L'observation de Littre, qui à elle seule a suffi pour fonder une

théorie, n'est pas une véritable observation; elle a été relatée par Fontenelle dans un procès-verbal, de telle sorte qu'on est en droit de se demander si elle n'est pas un exemple de fracture du crâne ou de disjonction des sutures. Les détails peu circonstanciés des autopsies n'ont rien de probant, et on peut dire qu'il n'existe pas dans la science un seul fait justifiant l'opinion émise par M. Deguise.

M. DEGUISE pense, au contraire, que le fait de Bayard cité dans le *Compendium de chirurgie,* celui de M. Gosselin, celui qu'il a cité lui-même dans la dernière séance, sont autant de preuves à l'appui de sa manière de voir.

Il demande quelle peut être la cause d'une mort presque instantanée, alors qu'on ne trouve pas d'altérations pathologiques, et il considère comme des désordres insuffisants pour amener un résultat immédiatement fatal le piqueté de la substance cérébrale ou de la pie-mère qui a été signalé.

M. BAUCHET est d'avis que M. Giraldès n'a rien prouvé contre la commotion. Il a rapporté six faits (thèse pour le concours d'agrégation), l'un, entre autres, dû à M. Deville, dont l'analyse, faite avec soin, établit que la mort survint à la suite d'une commotion sans altération appréciable du cerveau. Les exemples de mort rapide sans lésions sont rares, mais les lésions appréciables ne déterminent pas nécessairement une mort instantanée.

M. GIRALDÈS n'a pas prétendu nier la commotion du cerveau, mais il nie qu'il y ait des observations de mort rapide sans lésions. Lorsque l'autopsie n'a pas révélé de lésions, c'est qu'elle a été faite d'une manière incomplète, sans préoccupation de l'état des nerfs à leur origine, de l'état de la moelle, et peut-être de l'articulation des premières vertèbres cervicales.

M. Gosselin, dans l'exemple qu'il a rapporté, a signalé le piqueté sanguin de l'encéphale, et s'il a écrit que la commotion pouvait occasionner la mort sans lésions appréciables du cerveau, il semble aujourd'hui porté à modifier son opinion.

Quant à l'autopsie faite par M. Deville et dont parle M. Bauchet, elle est loin d'avoir été pratiquée avec tout le soin désirable, et néanmoins elle a révélé un épanchement de sang dans le canal rachidien.

M. HUGUIER fait passer sous les yeux de la Société deux dessins représentant des tumeurs en tout semblables à celle qu'a présentée M. Morel-Lavallée dans la dernière séance. Ces tumeurs ont été enlevées en 1857, une troisième l'a été en 1860 ; elles étaient composées

d'une trame cellulo-fibreuse infiltrée de sérosité louche : ce ne sont pas des esthiomènes vulvaires, car dans cette dernière affection les autres parties de la vulve sont plus ou moins malades, tandis que dans les deux cas qu'il présente la vulve était parfaitement intacte.

M. MOREL-LAVALLÉE a enlevé à la région anale une tumeur que M. Robin a déclarée être exactement de même composition que les esthiomènes enlevés par M. Huguier. Les ulcérations de la vulvo n'existent que lorsque les tumeurs sont sessiles ; elles n'existent pas lorsque la tumeur est isolée des parties voisines par un long pédicule.

M. CINISELLI (de Crémone), membre correspondant présent à la séance, fait la communication suivante :

« Messieurs, la faveur que mon travail sur l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes a eu l'honneur de trouver dans cette savante Société, m'engage maintenant à donnor quelques développements à une question que j'y ai déjà touchée, je veux parler des cautérisations électriques. Je serai peut-être accusé de hardiesse pour défaut de clarté dans mon exposition, et pour l'argument que je vais traiter, peut-être déjà suffisamment connu par ceux qui ont la complaisance de m'écouter ; mais je profiterai certainement des réflexions et des remarques que vous voudrez bien m'adresser.

» Tout ce que j'ai lu concernant la cautérisation électrique et les différents moyens de cautérisation dans les traités les plus récents, m'a appris qu'on attribue à l'électricité une seule force cautérisante, c'est-à-dire la force calorifique.

» Mes premières études sur l'électro-puncture, et celles que j'ai faites ultérieurement, m'ont conduit à cet axiome : qu'en employant les courants électriques sur les tissus, ce n'est pas toujours par l'action calorifique qu'on obtient des eschares ; elles se forment aussi, et bien souvent, sans élévation appréciable de température dans les conducteurs qui transportent le courant électrique aux tissus organiques. En effet, pour obtenir la cautérisation calorifique, il faut employer des appareils propres au développement de la chaleur ; il faut que les conducteurs métalliques soient continués d'un pôle à l'autre. Au contraire nous voyons bien souvent la formation d'eschares sous l'action d'appareils dépourvus du pouvoir de développer la chaleur, mais qui sont mieux doués de l'action chimique ; nous les observons lorsque les électrodes se terminent aux tissus sans communiquer entre eux, condition qui empêche le développement de la chaleur électrique.

» Les eschares qui se forment sous cette action du courant électri-

que, je les ai distinguées par le nom de cautérisation par action chimique de l'électricité. En effet, elles diffèrent des cautérisations par action calorifique non-seulement par les conditions susdites, mais aussi par la manière non instantanée de leur formation, et par les caractères spéciaux qui répondent aux deux pôles de l'appareil. L'eschare du pôle positif a de tels caractères, qu'on peut la comparer à celles produites par les acides; celles du pôle négatif, au contraire, ressemblent au produit des caustiques fondants ou alcalins. Ces cautérisations, que je regarde comme produites par l'action chimique de l'électricité, et sur lesquelles j'appelle votre attention, honorables académiciens, on les obtient sur le vivant comme sur le cadavre, et mes expériences m'ont confirmé dans l'opinion qu'elles sont produites par les acides qui se dégagent des tissus organiques du côté du pôle positif, et par les alcalis au pôle contraire. Ainsi je distingue la galvano-caustique en *thermique* et *chimique*, celle-ci en *acide* et *alcaline*.

» Je me suis servi de cette cautérisation, dans ma pratique, une fois pour détruire un névrome sur le tibia; la tumeur, traversée par une aiguille de platine communiquant avec le pôle positif, le réophore négatif lié à la jambe à peu de distance, j'ai obtenu la cautérisation complète de la tumeur en peu de minutes, ayant employé une pile de Volta de quarante couples d'un demi-centimètre carré de surface. D'autres fois, j'ai fait agir les pôles du même appareil au moyen de deux plaques de platine sur des tumeurs blanches, et au moyen de deux aiguilles de platine traversant de petites tumeurs érectiles veineuses, quo j'ai détruites par ce moyen. D'autres fois j'ai cautérisé de longs sinus fistuleux, en y introduisant un stylet en argent et en agissant avec le pôle négatif. On me demandera quel est le mérite que j'attache à ces cautérisations dans la pratique. Jusqu'à présent aucun mérite exclusif, si ce n'est celui de pouvoir faire une cautérisation très-limitée dans des tissus profonds et délicats. Il suffit pour le moment d'établir cette vérité, que les cautérisations par l'électricité ne se forment pas exclusivement par l'action calorifique.

» Cependant les observations que je viens d'exposer ne sont pas tout à fait dépourvues d'intérêt, si nous considérons que, dans les nombreuses applications qu'on fait de l'électricité, les cautérisations arrivent aussi lorsqu'elles ne sont pas nécessaires, et aussi lorsqu'on voudrait les éviter.

» La connaissance des actions chimiques de l'électricité sur les conducteurs et sur les tissus qui sont en rapport immédiat avec eux nous

apprend la manière dont il faut agir pour les obtenir et pour les éviter. Toutes les fois qu'on emploie un appareil doué de pouvoir chimique suffisant, tel qu'une pile de Volta, si on établit la communication entre les réophores et deux aiguilles non oxydables, implantées dans les tissus sans qu'elles se rencontrent, on a toujours les cautérisations répondant aux deux pôles de la pile. Si les aiguilles sont du métal oxydable (en acier), on obtient toujours une eschare bien prononcée du côté du pôle négatif, et, au contraire, une espèce de carbonisation des tissus autour de l'aiguille positive, qui de son côté se couvre d'oxydation dans toute la partie en contact avec les tissus; l'altération produite par l'électricité positive lorsqu'on emploie une aiguille oxydable n'a pas de conséquences importantes. Cette oxydation de l'aiguille, ainsi que la petite altération des tissus, forment une couche isolante, qui ne peut être remplacée par aucun vernis. En effet, l'électricité positive n'exerce plus aucune action cautérisante sur les tissus, comme il arrive en se servant des aiguilles d'or ou de platine. L'aiguille ainsi isolée par l'action de l'électricité positive peut être assujettie au courant négatif, sans que celle-ci exerce son action cautérisante sur les tissus vivants. En concluant, lorsqu'on veut empêcher les cautérisations qui arrivent le plus souvent lorsqu'on associe l'électrisation par courant continu à l'acupuncture, il faut toujours employer des aiguilles oxydables (celles en acier sont les meilleures), et ne toucher jamais à aucune aiguille avec le pôle négatif, qui ne soit déjà touché par le positif, et qu'il se soit manifesté l'altération de tissus dont il a été parlé plus haut.

» Voilà, Messieurs, le résultat de mes études et des expériences que je serais prêt à reproduire, si je ne craignais d'abuser de votre complaisance, que je suis fier d'avoir mis à profit jusqu'à ce moment. »

M. ROUSSEAU, chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay, lit un résumé de plusieurs observations de chirurgie tirées de sa pratique.

Une commission, composée de MM. Morel-Lavallée, Depaul et Huguier, est chargée de rendre compte de ce travail.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Mal perforant aux deux pieds. — Amputation du pied par la méthode de Chopart. — M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation suivante :

J..., âgé de cinquante-cinq ans, chanteur, a été amputé en 1852 par M. Huguier, pour une carie d'un ou de plusieurs métatarsiens.

Le pied droit présente sur le moignon une ulcération profonde qui ne peut dater quo de cinq à six mois, puisqu'elle n'existait pas au mois de février dernier.

Le pied gauche présente, au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne, une ulcération profonde, déchirée sur les bords et exhalant une odeur fétide. Au fond de cette ulcération, le stylet découvre l'os.

M. Morel se propose de faire une dissection soignée du moignon, qu'il mettra sous les yeux de la Société.

Cicatrisation d'une plaie ancienne du crâne, avec lambeau osseux. — M. LARREY présente le crâne d'un Arabe qui, ayant été atteint d'un coup de sabre vingt ans auparavant, fournit l'exemple d'une cicatrisation osseuse très-remarquable. Voici le résumé de l'observation, soigneusement recueillie à l'hôpital militaire de Milianah par M. Raux, aide-major de 1re classe, et adressée, avec la pièce anatomique, à M. Larrey, par M. Coblence, médecin principal, chef du service.

Adi-Ali-ben-Mohamed, originaire du Maroc, âgé de quarante-cinq ans environ, est entré le 6 février 1860 à l'hôpital, pour une arthrite chronique des articulations tibio-tarsienne droite et radio-carpienne gauche dont nous n'avons pas besoin d'exposer les symptômes. Le traitement de ces deux affections par divers moyens en avait amené la guérison, lorsque le malade, sur le point de sortir définitivement, fut pris, sans cause appréciable, après six semaines de séjour à l'hôpital, d'une dyssenterie aiguë très-intense. Une amélioration marquée fut suivie, par écart de régime, d'une récidive qui détermina la mort le 7 avril, malgré toutes les médications employées.

L'autopsie démontra d'abord les traces d'une inflammation synoviale des articulations atteintes, et ensuite diverses altérations des viscères abdominaux, caractéristiques de la dyssenterie.

On avait remarqué, du vivant de l'individu, une cicatrice profonde à la tête, siégeant à la région antérieure gauche du crâne et offrant une singulière disposition. Cette cicatrice, résultant d'un coup de sabre reçu dans une rixe vingt ans auparavant, se dirigeait obliquement du trou sus-orbitaire vers la racine du pavillon de l'oreille du même côté, en se perdant sous les cheveux. Elle présentait l'aspect d'une excavation cunéiforme à sommet inférieur, ou d'une anfractuosité produite dans l'épaisseur des parois crâniennes, formant en dehors un véritable lambeau osseux à rebord arrondi et renflé. Elle avait, dans ses

plus grandes dimensions, 6 centimètres de longueur, 1 centimètre de largeur et 2 de profondeur. Ses parois étaient tapissées d'une peau glabre et ténue ; son fond était rempli par un amas de crasse et de matière sébacée. Elle était cloisonnée dans sa longueur par deux brides transversales subdivisant la cavité principale en trois loges distinctes, dont la moyenne était la plus grande.

La dissection de cette cicatrice du crâne fit reconnaître une forte adhérence à l'os du tégument aminci, sans trace d'élément nerveux. Une coupe verticale antéro-postérieure de la boîte crânienne découvrit au niveau de la cicatrice une perte de substance cérébrale, assez superficielle du reste et peu étendue, ayant l'apparence d'une plaque ulcérée avec ramollissement. Cette plaque n'était pas adhérente à la dure-mère. Quant à l'arachnoïde et à la pie-mère, elles semblaient réduites à quelques filaments celluleux. La dure-mère était triplée d'épaisseur et tellement adhérente aux os, qu'elle ne put en être détachée ; elle était d'ailleurs parfaitement continue à elle-même et fermait hermétiquement la cavité encéphalique.

Les os, ayant été artificiellement dénudés par une ébullition suffisante, montrèrent que le fond de l'entaille, dans la plus grande partie de sa longueur, était percé à jour, c'est-à-dire que pendant la vie le cerveau était seulement protégé, en cet endroit, par la peau de la cicatrice et par la dure-mère. On voyait, en outre, que le tissu osseux avait été fendu par le coup de sabre comme un copeau de bois sous le tranchant d'une hache, et s'était fracturé au delà de cette plaie jusque dans l'orbite en avant, et en arrière jusqu'au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, à travers les sutures sphéno et temporo-pariétales, et en détachant l'angle antérieur et inférieur du pariétal, ainsi qu'un fragment de la portion écailleuse du temporal.

Le lambeau osseux, écarté du crâne dans sa circonférence, mais y adhérant par sa base, s'y rattache aussi, vers son bord supérieur, par deux jetées stalactiformes qui contribuent à assujettir et à immobiliser ce lambeau dans ses rapports de consolidation et de cicatrice.

M. Larrey a déposé la pièce anatomique au Musée du Val-de-Grâce.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, L. Legouest.

Séance du 12 septembre 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La Société reçoit :

1° Une lettre de M. Legouest qui demande un congé.

2° Une lettre de M. Morel-Lavallée qui demande également un congé.

3° Une lettre de M. Rousseau, chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay, qui demande le titre de membre correspondant.

4° Une lettre de M. le docteur Viennois, qui demande que sa thèse *sur le chancre primitif* soit renvoyée à la commission du *prix Duval.*

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

En outre des journaux de la semaine, la Société reçoit :

1° Les *Archives de médecine*, n° de septembre 1860.

2° Le *Montpellier médical*, n° de septembre 1860.

3° Le *Journal de médecine et de chirurgie*, de Lucas-Championnière, n° de septembre.

4° Six brochures de la part de M. Didot, membre correspondant de la Société.

Nous transcrivons les titres de ces brochures :

1. *Note sur la nature et le traitement chirurgical de l'ophthalmie ou fluxion périodique du cheval.*

2. *Ablation d'une tumeur fibro-plastique développée sur les deux faces de l'omoplate et pesant 2,454 gr.*

3. *Présentation d'un nouveau porte-ligature et au besoin porte-caustique pour les polypes naso-pharyngiens, et pour certaines tumeurs de l'utérus et du vagin.*

4. *Note relative à la nature de la morve.*

5. *Du vitalisme ou naturalisme moderne, et des doctrines physico-chimiques dans leurs rapports avec les êtres organisés.*

6. *Notice sur feu le docteur Lombard.*

5° Une brochure de M. Viennois, intitulée : *De la syphilis transmise par la vaccination.*

6° *Remarques et observations sur les fractures du crâne, sur la fracture indirecte du corps de la première vertèbre lombaire, et sur la flexion permanente par refoulement de l'os radius chez l'adulte.*

M. BOINET appelle l'attention de la Société sur un fait intéressant de blessure de l'artère humérale guérie par la compression digitale, continuée pendant quarante-huit heures.

Voici la narration abrégée de cette observation, qui lui a été communiquée par M. le docteur Bury, médecin très-distingué de Saumur (Maine-et-Loire).

Un individu âgé de trente-six ans, colporteur, voulant escalader un mur, reçut de celui qu'il se disposait à voler un violent coup de bâton sur le bras droit. Arrêté et conduit en prison, c'était le 17 juin, le médecin appelé à lui donner des soins constata, le 18, une tuméfaction énorme avec couleur violacée de la peau due à un épanchement de sang très-considérable, et crut devoir ouvrir cette collection sanguine par deux incisions longitudinales faites avec le bistouri : la première un peu au-dessus de la partie moyenne et interne du bras, le long du bord interne du muscle biceps, et la seconde 8 ou 10 centimètres plus bas, dans la même direction et revenant un peu vers la partie antérieure du bras, au-dessus du pli du coude. Il s'écoula environ deux litres de sang, puis l'hémorrhagie sembla s'arrêter ; mais le pansement qui fut fait était le lendemain imbibé d'une grande quantité de sang. Le malade fut alors transporté à l'hôpital, où, en renouvelant le pansement, le sang sortit par jets de la plaie supérieure. Une compression, qui n'arrêta pas complétement l'écoulement du sang, fut faite le mieux possible.

Le lendemain 20 juin, à la visite, tout l'appareil du pansement, l'alèze, les coussins de balle d'avoine, le lit, tout était imbibé de sang. Le pansement enlevé, M. Bury trouva les deux incisions remplies de caillots, et constata que ce liquide s'écoulait goutte à goutte ; des plaies suintait une sérosité rougeâtre mêlée de pus. Les caillots furent respectés et un nouveau pansement avec des boulettes de charpie bien imprégnées d'une solution assez concentrée de perchlorure de fer fut pratiqué ; des rondelles d'amadou, puis des compresses graduées furent appliquées et maintenues par une compression modérée autant que l'état du bras put le permettre.

Le 21 juin, l'appareil était beaucoup moins teint de sang ; le malade paraissait dans de meilleures conditions. Mais en voulant changer l'appareil, et au moment où le médecin enlevait l'agaric et les bourdonnets de charpie, le sang sortit aussitôt. Il songea à faire la

ligature de l'artère humérale tout à fait à sa partie supérieure, mais l'état du membre était tel que la gangrène était à craindre par suite de cette ligature. Une nouvelle compression aidée des hémostatiques les plus puissants fut encore essayée, mais inutilement, malgré une potion au perchlorure de fer donnée à l'intérieur. A la visite du lendemain, le 22 juin, l'appareil était complétement ensanglanté et le malade dans un état anémique qui faisait craindre pour ses jours. Alors M. Bury se décida à enlever les caillots qui étaient dans le fond de la plaie et à chercher la plaie artérielle, aussitôt le sang s'élança en jets saccadés, qui ne laissèrent aucun doute sur la lésion de l'artère humérale. D'ailleurs, en comprimant l'artère axillaire, le sang s'arrêtait pour reparaître dès qu'on cessait cette compression.

Pouvait-on dans ce cas recourir à la ligature de l'artère humérale ou de l'axillaire ? L'état de mortification des tissus, dû à leur attrition causée par le coup de bâton, le séjour du sang et du pus dans le tissu cellulaire et sous l'aponévrose, la rendaient impraticable ; la seule ressource qui s'offrait semblait être l'amputation ; c'est alors que MM. Bury et Desperrière, médecins de l'hôpital, résolurent de tenter la compression artérielle au moyen des doigts, et de faire dans ce cas ce qu'on a fait déjà bien des fois avec succès pour des anévrysmes. L'interne et quatre sœurs se mirent à l'œuvre, et comprimèrent l'artère humérale à sa partie supérieure, chacun pendant une heure et se relevant alternativement, à partir du 22 juin, à huit heures du matin.

Les deux ou trois premières heures de compression furent assez douloureuses pour le malade ; mais au bout d'un certain temps, il ne sentit plus rien, il éprouva même beaucoup de soulagement dans son bras, qui à la fin du premier jour s'était dégonflé comme par enchantement.

Le 23, à huit heures du matin, c'est-à-dire après vingt-quatre heures de compression, on la fit cesser pendant quelques minutes, mais on vit bientôt apparaître dans la plaie un peu de sang ; on s'empressa de continuer la compression de la même manière, c'est-à-dire avec le doigt médius de la main droite appuyé sur l'artère, et les doigts de la main gauche appuyés sur ce doigt pour le fixer et l'aider à garder la même position pendant une heure.

Le 24, au bout de quarante-huit heures, on cessa la compression pendant tout le temps de la visite sans qu'il s'écoulât la moindre gouttelette de sang ; mais par une précaution facile à comprendre, on la fit continuer tout le reste de la journée, et on ne la cessa que le soir

à huit heures, ce qui fit en tout soixante heures de compression digitale.

Pendant la nuit, la sœur de veille surveilla le malade poùr s'assurer que le sang ne reparaissait pas.

Depuis cette époque, il n'y a pas eu le moindre accident à signaler, et les plaies du bras se sont guéries rapidement. Le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 31 juillet, et en est sorti pour comparaître en cour d'assises, où il a été condamné à six années de réclusion.

La conclusion à tirer de cette observation est toute naturelle, c'est que dans les hémorrhagies secondaires à la suite des plaies artérielles, alors que les tissus sont enflammés, infiltrés de sang ou de pus, et qu'il est difficile, impossible même de trouver le vaisseau lésé ou les bouts d'une artère coupée en travers, il faudra recourir à la compression digitale plutôt que de chercher à arrêter l'hémorrhagie par une compression directe, ou à lier l'artère au-dessus de la blessure. Le même moyen devra également être essayé dans les hémorrhagies artérielles primitives, avec moins de chances de succès peut-être que dans les hémorrhagies consécutives; mais ce moyen est si simple, si exempt de tout danger, qu'on ne court aucun risque de le mettre en usage, surtout si en même temps on exerce une pression directe sur la plaie artérielle. Il est inutile de faire ressortir les avantages, tout le monde les comprendra, de cette compression digitale qui met les malades à l'abri d'opérations toujours graves.

M. LARREY désire faire quelques réserves sur la compression proposée par M. Boinet pour les hémorrhagies primitives. Il pense que la compression digitale dans ces cas doit s'appliquer plus spécialement aux faits que l'on observe dans les hôpitaux civils, mais que dans la chirurgie militaire active la généralisation de ce procédé n'est pas possible; on manquerait de ressources nécessaires pour le mettre en pratique.

M. VOILLEMIER ne trouve point l'observation lue par M. Boinet aussi intéressante que semblent le penser quelques-uns de ses collègues. Il regrette de ne pas y trouver de détails suffisants pour établir d'une manière précise le vaisseau blessé : ainsi il n'est point parlé de l'état de l'artère radiale ni de la cubitale, ce qu'il aurait cependant été intéressant de relater. Pour lui, il conserve des doutes sur l'artère qui a fourni l'hémorrhagie, et il ne pense même pas que ce soit l'humérale; il suppose que c'est plutôt une des branches collatérales. M. Voillemier s'étonne aussi de la raison qui a été donnée contre l'emploi de la ligature, à savoir : l'imminence de la gangrène. Il ne

comprend pas pourquoi la compression dans ce cas ne pourrait point, aussi bien que la ligature, déterminer le sphacèle du membre et rendre l'amputation nécessaire. Par une compression méthodique bien faite, il a obtenu de bons résultats dans certaines hémorrhagies, et, sans nier les avantages de la compression digitale, il craint que l'on n'ait un peu trop de tendance de nos jours à les exagérer au détriment des autres formes, et il emploierait de préférence la compression ordinaire à la compression digitale.

M. Voillemier ne comprend pas également comment le bras pouvait être trois fois plus gros que celui du côté opposé; il a vu bien des hémorrhagies, mais il n'a jamais constaté un gonflement aussi notable.

M. BOINET répond en reproduisant les détails mêmes de l'observation, et il persiste, malgré les objections qui lui ont été faites, à penser que c'est bien l'artère humérale qui a été blessée et non point une collatérale, qui sont assez rares dans cette région.

M. GIRALDÈS considère le fait de M. Boinet comme tellement extraordinaire, qu'il pense qu'il serait le seul dans la science; il ne connaît point d'exemple de blessure d'une grosse artère guérie par cicatrisation à la suite de compression. On est ordinairement obligé dans ces cas de lier les deux bouts du vaisseau, et la compression aurait agi ici mieux que la ligature, puisqu'elle aurait également remédié à l'hémorrhagie du bout inférieur.

Aussi M. Giraldès se méfie un peu des détails de l'observation; il trouve extraordinaire que le malade ait pu perdre deux litres de sang: cette quantité lui paraît considérable. Un autre point qui l'a également frappé, c'est que la compression ait été faite par chaque personne pendant une heure; ce laps de temps lui paraît de beaucoup trop long, et la compression n'a pu être qu'intermittente.

M. VERNEUIL trouve que MM. Voillemier et Giraldès ont jugé avec sévérité l'observation de M. Boinet, même au point de vue scientifique; il pense qu'un malade peut perdre deux litres de sang. Si on examine le fait chirurgicalement, il le considère comme très-intéressant, car quelle que soit l'artère ouverte, cela ne fait rien au point de vue de l'hémorrhagie et du résultat obtenu. Il ne faut pas se dissimuler, outre la gravité, les difficultés que l'on rencontre après trois ou quatre jours pour lier les deux bouts d'une artère au fond d'une plaie, et le moyen employé, tout bénin qu'il est, a suffi. M. Verneuil a déjà cité à la Société des exemples de compression pour des hémorrhagies secondaires qui ont été suivis de succès.

Aussi il constate que si certaines parties de l'observation laissent à désirer au point de vue scientifique, elle est cependant très-intéressante au point de vue du résultat obtenu.

M. LEGOUEST. En laissant de côté les détails antérieurs à l'application de la compression, détails qui pourraient être plus précis, pour ne considérer que le résultat obtenu, il faut reconnaître que l'observation communiquée par M. Boinet est fort intéressante. C'est le premier fait de guérison d'hémorrhagio traumatique par la compression digitale.

M. Legouest comprend que ce moyen ait pu réussir dans un cas d'hémorrhagie secondaire sur un membre violemment contus et devenu le siége d'accidents inflammatoires; néanmoins il s'étonno de voir que la cicatrisation de l'artère humérale se soit faite en soixante heures, alors que la compression n'a pas été si parfaite qu'elle n'ait permis un peu d'écoulement de sang.

Il ne partage pas l'opinion émise par M. Boinet, que la compression digitale puisse jamais être applicable, comme moyen curatif, aux hémorrhagies primitives des gros troncs artériels.

M. Giraldès ayant déclaré qu'il ne connaissait pas de fait où la lésion traumatique d'une grosse artère, traitée par la compression à distance ou par la simple ligature du bout supérieur du vaisseau, n'ait donné lieu à un anévrysme faux consécutif, M. Legouest cite le fait suivant, tiré de sa pratique.

Le nommé Jean T....., caporal au premier régiment de la légion étrangère, né à Neustadt (Bavière), âgé de vingt-deux ans, blessé le 5 novembre 1854 à la bataille d'Inkermann, d'un coup de feu à travers la partie supérieure du mollet gauche, fut pris le 11 d'une hémorrhagie considérable par les deux plaies.

L'artère poplitée fut mise immédiatement à découvert à sa partie inférieure et liée seulement au-dessus de la blessure. La ligature tomba sans accident le 24 novembre.

Le 26, hémorrhagie légère; le 4 décembre, un mois après la blessure, hémorrhagie considérable. On établit, sur le trajet de la crurale, depuis le ligament de Poupart jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, un système de compression composé de quatre tourniquets qui sont serrés et desserrés alternativement les uns après les autres, six ou huit fois par vingt-quatre heures. Ces appareils restèrent en place et furent exactement mis en œuvre pendant huit jours; ils furent enlevés le 12 décembre. L'hémorrhagie fut arrêtée définitivement.

Le blessé, après avoir presque miraculeusement échappé à de gra-

ves accidents de phlegmon et d'érysipèle, après cinq mois de séjour à l'hôpital, partit pour la France dans les premiers jours du mois de mars 1855, et rejoignit le dépôt de son corps à Bastia. Il a écrit en juillet 1857 à M. Legouest pour lui annoncer qu'il était parfaitement rétabli, et qu'il ne lui restait qu'un peu de difficulté dans l'extension de sa jambe sur la cuisse, sans aucune tumeur qui pût faire soupçonner un anévrysme du creux poplité.

M. MARJOLIN pense que dans une plaie même récente, lorsqu'on ne voit pas les deux bouts du vaisseau divisé, le mieux est de faire la compression, et au lieu d'employer le tourniquet, il conseille les doigts. Ce chirurgien a appliqué trois fois la compression digitale pour des hémorrhagies; il a réussi. Une fois c'était pour un anévrysme de l'arcade palmaire. La seconde fois c'était sur un enfant qu'on lui avait envoyé pour une hémorrhagie de l'artère radiale; cette hémorrhagie, qui avait été arrêtée par un pansement méthodique, reparut de nouveau; les internes firent la compression de l'artère humérale, et l'enfant a guéri. La troisième fois, il s'agissait d'une hémorrhagie survenue à la suite de l'opération de la taille. Comme elle était très-rebelle, qu'aucun des moyens journellement employés, même le perchlorure de fer, n'avait suffi à l'arrêter, M. Marjolin introduisit un doigt dans le rectum, circonscrivit la plaie comme dans un anneau, et exerça pendant cinq quarts d'heure une compression sur les parties, et l'enfant a guéri.

M. GIRALDÈS craint que la discussion n'ait un peu dévié; il n'a été question d'abord que d'une plaie de l'artère humérale; il ne faut donc point porter la question sur les branches collatérales. Personne, dit-il, n'a contesté l'importance de la compression directe dans certains cas, mais il se demande si une plaie de l'artère humérale peut guérir par la compression, et il ne le pense pas.

M. BOINET, reprenant la question de siége de la lésion, dit qu'on ne pourrait la juger définitivement qu'après une dissection.

Mais il a été étonné de voir M. Voillemier comparer la compression digitale à celle produite par un tourniquet; la première guérit, la seconde ne produit que de la douleur. Contrairement à M. Giraldès, il pense que la compression digitale peut être maintenue longtemps à l'aide des deux mains, et une heure n'a rien de bien extraordinaire, puisque M. Marjolin a pu la maintenir une heure un quart.

M. VELPEAU pense, à l'occasion de cette discussion, devoir communiquer le fait suivant :

Un ouvrier se coupe le poignet et s'ouvre l'artère radiale : une

compression directe est faite pendant trois jours ; puis elle est relâchée légèrement au bout de trois nouveaux jours. Le chirurgien de la Charité, supposant que le malade était guéri, a fait enlever la compression, et il s'est produit dans la plaie un anévrysme qui égalait le volume d'une noix. La compression digitale de l'artère humérale a été faite pendant soixante heures sans modification aucune de la tumeur. Il survint seulement un gonflement très-douloureux de la main et de l'avant-bras. Fallait-il lier l'artère radiale? M. Velpeau a pensé à l'injection de perchlorure de fer, et huit gouttes furent introduites dans la poche anévrysmale. Les battements cessèrent immédiatement et ne reparurent point ; mais au bout de dix jours, lorsque la plaie était presque cicatrisée et la tumeur notablement diminuée, une inflammation suppurative s'est emparée de l'anévrysme, et le malade a guéri radicalement.

M. VOILLEMIER cite également une malade qui demeure rue Franklin, n° 6, qui, ayant eu une blessure de l'artère brachiale avec formation de tumeur anévrysmale, a guéri par l'emploi de la compression directe associée à des liquides résolutifs.

M. GIRALDÈS est heureux de voir M. Velpeau citer une guérison d'anévrysme par l'emploi du perchlorure de fer. Il se demande seulement si les accidents signalés ne doivent point être attribués à un excès de perchlorure ; il croit la dose un peu forte, et l'excédant de perchlorure agit alors sur les parois artérielles.

M. VELPEAU ne pense pas que dans le cas qu'il a eu à traiter, l'on doive attribuer les accidents observés à une dose exagérée de perchlorure de fer. Il a déjà employé plusieurs fois cette même dose et plus, sans produire d'inflammation. Puis, les accidents n'ont pas été immédiats ; il s'est écoulé dix jours entre leur apparition et l'injection ; il les attribue plutôt à une imprudence du malade.

M. VERNEUIL demande si le gonflement de l'avant-bras qui a suivi la compression ne résultait point d'une phlébite, comme il a eu l'occasion lui-même de le signaler à la Société.

M. VELPEAU ne le pense pas. Le gonflement n'avait point le caractère de la phlébite ; rien dans la circulation veineuse ne pouvait le faire supposer.

— M. RIBOLI (de Turin) lit un travail intitulé *Observation d'un cas d'ouverture de la matrice permettant de pouvoir en observer le fond et l'ouverture des trompes de Fallope*. (Commissaires, MM. Giraldès, Depaul et Huguier.)

— M. BRAULT, interne, présente au nom de M. Michon un malade atteint d'une luxation du coude en arrière datant de deux mois. Ce chirurgien désirerait avoir l'avis de la Société pour savoir s'il doit tenter une réduction.

M. LARREY est frappé de l'étendue relative des mouvements eu égard à l'ancienneté de la luxation, et croit, d'après cela, que l'on peut tenter la réduction. C'est aussi l'avis de MM. Guersant, Huguier et Verneuil. Il conseille donc des tentatives de réduction en s'aidant des moufles et du chloroforme.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, HOUEL.

Séance du 19 septembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Le troisième numéro trimestriel du *Journal médico-chirurgical de Prague ;*

2° Les numéros 5 et 6 du tome III des *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

3° Les 3e, 4e et 5e fascicules du tome IV des *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique,* et le fascicule 1er du tome V.

Spina-bifida ; double pied bot ; pied bot talus valgus à gauche, pied bot talus avec pied creux à droite. — M. MARJOLIN. Dans le courant du mois de juillet dernier, la Société de chirurgie s'est occupée à plusieurs reprises de la question du spina-bifida ; j'ai cru devoir vous faire connaître le fait suivant :

La petite malade (Rose C...) est âgée de trois ans et demi ; aucun vice de conformation n'existe dans la famille ; rien chez les frères et les sœurs de l'enfant. La mère est accouchée à terme ; pendant sa grossesse elle s'est fait traiter par l'électricité pour des douleurs névralgiques.

Aussitôt après la naissance, les parents ont remarqué au niveau de la région lombaire une tumeur du volume de la moitié d'un œuf de

poule. A son niveau, la peau semblait intacte. Aujourd'hui la tumeur a presque le volume du poing; elle est molle, fluctuante; cependant sa consistance se rapproche assez de celle d'un lipome, ce qui pourrait induire en erreur. La peau qui recouvre le spina-bifida est épaisse, tout à fait normale au centre; un peu au-dessous il existe une petite dépression. Située sur la ligne médiane, la tumeur descend jusque un peu au-dessus de l'anus; elle ne change pas de couleur ni de volume lorsque l'enfant crie ou fait des efforts. En appuyant on peut sentir d'une manière un peu obscure le rebord osseux.

L'enfant n'a commencé à marcher qu'à l'âge de deux ans, et est restée faible sur ses jambes. De plus, elle ne peut retenir ni ses urines ni ses matières fécales; il n'y a ni paralysie de la sensibilité ni du mouvement, soit des membres supérieurs, soit des membres inférieurs. Elle a toujours marché sur ses talons.

M. GUERSANT fait remarquer que c'est un des cas rares, à sa connaissance, où la peau soit restée intacte; c'est une condition favorable pour la malade.

M. GIRALDÈS a vu, à la consultation de Roux, un cas de spina-bifida sur un enfant de treize à quatorze ans avec intégrité des téguments; outre l'état de la moelle, il y a encore dans le spina-bifida d'autres conditions importantes pour la vie des malades : ainsi la disposition du sac et l'état de la peau. Dans un cas où la peau était normale, il a pensé qu'on pouvait sans crainte envoyer l'enfant en nourrice.

M. BOINET a vu un cas analogue à celui de M. Giraldès.

M. BOUVIER ne s'occupe du malade de M. Marjolin que pour la difformité de ses pieds. Des deux côtés, elle reconnaît pour cause le raccourcissement des muscles, dépendant lui-même de celui des nerfs. Du côté droit, le pied est creux, ce qui s'explique par le relèvement du bord interne du pied. Du côté gauche, le pied est valgus; cette différence dépend des branches nerveuses affectées.

M. Bouvier est d'avis qu'il faut traiter ces pieds bots, mais sans pratiquer d'opération; si l'on attendait, la ténotomie deviendrait nécessaire, ainsi qu'il est arrivé sur un garçon de douze à treize ans dans des conditions analogues, et qu'il a été forcé d'opérer.

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit le rapport suivant :

Messieurs, M. le docteur Delore, chirurgien-major désigné de l'hos-

pice de la Charité de Lyon, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de la même ville, vous a adressé une observation d'anévrysme spontané de l'artère carotide primitive. Je viens vous rendre compte de ce fait intéressant.

Anévrysme de l'artère carotide primitive. — Ligature par la méthode d'Anel et par le procédé de M. Sédillot. — Mort le 49e jour. — Autopsie.

Par X. Delore.

J. B. T..., maçon, âgé de soixante-trois ans, né dans le département de la Haute-Vienne, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Sacerdos, n° 22, le 17 décembre 1859.

Cet homme est marié; il jouit d'une excellente constitution, n'a jamais eu ni rhumatismes ni syphilis; il n'a point fait abus de boissons alcooliques.

Il y a six mois, il a senti naître sur la partie moyenne et latérale gauche du cou une petite tumeur indolente, qui a progressivement augmenté de volume; plus tard, il éprouva de la gêne dans la déglutition, et un engourdissement dans le membre thoracique gauche.

A son entrée, on constate les phénomènes suivants :

A gauche du cou existe une tumeur du volume d'une orange, sans changement de couleur et sans adhérence de la peau; elle est régulièrement arrondie, s'étend verticalement d'un travers de doigt au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule; elle est au-dessous du sterno-mastoïdien, qu'elle dépasse en avant et en arrière; elle est animée de battements expansifs, isochrones à la systole du cœur; ces battements cessent lorsqu'on comprime la carotide immédiatement au-dessus de la clavicule. Evidemment cette tumeur est un anévrysme.

Le malade, homme très-obstiné, ne voulant se soumettre à aucune espèce de traitement, sort de l'hôpital le 22 décembre. Mais s'apercevant que, malgré les remèdes des charlatans, sa tumeur augmente sans cesse de volume, que la déglutition est presque impossible, que l'engourdissement du bras est plus prononcé, il rentre le 26 janvier 1860, et il est placé salle Saint-Sacerdos, n° 22.

Sa tumeur s'est accrue environ d'un tiers, surtout dans le sens transversal; son diamètre, dans cette direction, semble avoir 7 centimètres, et verticalement 6 centimètres; elle bat à 3 centimètres et demi au-dessus de la clavicule; la circonférence du cou, au point où

elle offre le plus de saillie, a 39 centimètres et demi; les battements sont visibles à distance; le toucher perçoit de la mollesse pendant la diastole, et les doigts sont refoulés avec force pendant la systole du cœur; ils perçoivent de plus un frémissement ou *thrill*, sensible surtout en un certain point situé en arrière, en bas et en dehors de la tumeur; et à ce niveau, la paroi paraît très-amincie; la tumeur disparaît en partie par la pression directe; elle s'affaisse, et perd tout mouvement d'expansion si on comprime la carotide sur le tubercule de la sixième cervicale.

Cette compression peut s'exécuter en plaçant le pouce transversalement immédiatement au-dessous de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien, et en pressant perpendiculairement à la colonne vertébrale.

Au mois de décembre, il était possible de comprimer l'artère en la saisissant entre le peuce et l'index en arrière du sterno-mastoïdien; mais actuellement cela ne peut se faire à moins d'employer une grande force.

Si l'on ausculte cette tumeur, on est de suite étonné, malgré ses battements énergiques, de ne percevoir qu'un bruit de souffle très-faible. C'est au point où le doigt perçoit le *thrill* qu'il est plus facilement appréciable. Il est à double courant : le premier bruit, diastolique, est court et rude; le second, systolique, est doux et prolongé; de plus, on entend un léger bruit de souffle à la pointe du cœur. Au-dessous de la tumeur, la carotide cervicale était oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Ce qui le prouvait, c'était, d'une part, le toucher direct; d'autre part, le *thrill* qu'on entendait à la partie inférieure et externe, et qui indiquait le point de communication de l'artère et de l'anévrysme. Au-dessus de la tumeur, entre elle et le maxillaire, on ne pouvait saisir la disposition des branches de l'artère carotide primitive.

La carotide droite et les deux axillaires, surtout la gauche, sont très-dilatées; leurs battements sont très-forts, tellement que cette dernière paraît sous-cutanée.

Il n'y avait, il me semble, aucun doute à avoir sur la nature de la tumeur et son siége : c'était un anévrysme de la carotide primitive gauche qui me parut exister au côté interne de cette artère, à cause de la déviation en dehors de sa partie inférieure. Si la tumeur eût existé sur les branches de la carotide, elle eût été nécessairement appliquée contre le maxillaire; si elle était née de la sous-clavière, elle n'eût pas été séparée par un certain intervalle de la clavicule.

Le diagnostic étant établi, que pouvait-on faire pour arrêter les progrès incessants de l'affection ? Le sujet était âgé, mais doué d'une bonne constitution. D'ailleurs, une mort prochaine était imminente. Il fallait donc le soumettre à une opération chirurgicale. Une injection coagulante était une ressource pleine d'incertitude et de dangers. Quoique la compression digitale ne présentât que peu de chances de succès, elle fut pratiquée, grâce au zèle des internes de l'Hôtel-Dieu. Elle fut exécutée sur le tubercule de M. Chassaignac le 28 janvier, pendant six heures, sans aucune interruption. Dès la première heure, le malade se plaignit de vives douleurs dans l'épaule et le bras correspondant. Le lendemain, elle fut exercée également pendant six heures, malgré de grandes difficultés et les vives souffrances qu'elle produisait. Le malade déclara alors qu'il ne voulait plus s'y soumettre, et réclama à tout prix un autre mode de traitement. D'ailleurs, la peau était ecchymosée, rouge, œdématiée, et les battements n'avaient point diminué d'intensité. Je me préparai alors à pratiquer la ligature par la méthode d'Anel. J'administrai au malade un purgatif et deux granules de digitaline par jour.

Le 31 janvier, je procédai à l'opération, assisté de MM. Desgranges, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ; Berne, chirurgien-major de la Charité, et Baumers, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu. Considérant que l'artère était déviée en dehors, qu'il serait impossible de l'atteindre en dedans du sterno-mastoïdien, qu'il fallait agir dans un espace de trois centimètres entre la tumeur et la clavicule, je fis une première incision verticale au niveau de l'interstice des deux chefs du sterno-mastoïdien, de quatre centimètres de longueur, arrivant jusqu'à la clavicule. De son extrémité inférieure partit une autre incision horizontale de trois centimètres, se dirigeant en dedans. Je me proposai de couper le chef interne du sterno-mastoïdien pour me donner plus d'espace ; mais je ne fus point obligé d'en arriver là. Le peaussier et l'aponévrose cervicale étant incisés, je pénétrai entre les deux chefs musculaires, qui furent écartés avec le doigt et retenus avec des crochets mousses. Plus profondément, je rencontrai un ganglion lymphatique allongé qui fut déjeté en dedans, puis un petit vaisseau qui fut placé en dehors sous l'érigne. On perçut alors les battements de l'artère, et sa direction oblique en dehors parut manifeste. Sa gaîne propre fut soulevée avec des pinces et incisée longitudinalement avec le bistouri dans une étendue d'un centimètre et demi environ ; les deux lèvres furent saisies avec des pinces, et l'artère en fut séparée avec une sonde cannelée recourbée, d'abord en

dedans, puis en dehors; lorsqu'elle parut en être complétement isolée, je glissai sous elle, de dehors en dedans, la sonde cannelée. A cause du peu d'espace, de la petite étendue dans laquelle l'artère avait été disséquée, et du volume considérable de l'artère, il fut impossible de la renverser pour voir si un nerf n'avait pas été soulevé avec elle. Un stylet muni d'un fil d'une grosseur à peu près double du fil à ligature ordinaire fut introduit dans la cannelure de la sonde, qui fut alors retirée, non sans difficulté, à cause de la tension de l'artère. Enfin, la ligature fut faite et le nœud serré avec une certaine force; les battements cessèrent immédiatement et dans la tumeur et dans la temporale. La plaie n'est pas sinueuse; on place une grosse mèche de charpie entre les deux chefs du muscle, et l'on fait un point de suture à l'incision transversale de la peau.

Le soir, à cinq heures, le pouls est accéléré, fort; les battements ont reparu dans la tumeur, mais ils sont relativement faibles. — Tilleul et fleurs d'oranger; 3 granules de digitaline; potion avec 30 grammes de sirop diacode. La nuit est bonne; le malade dort dix heures.

Le 1er février, la tumeur présente quelques battements; la suppuration est assez abondante; les bords de la plaie sont enflammés; l'état général est bon.

Le 5, le thrill est manifeste à l'extrémité inférieure et externe de la tumeur; ce qui me fait penser que nous avons affaire à un anévrysme sacciforme, et qu'il y a un orifice unique d'entrée et de sortie. Une petite portion de l'angle du lambeau cutané s'est sphacélée et se détache.

Le 6, les battements sont moins forts.

Le 7, ils ont encore diminué. La partie supérieure et antérieure de la tumeur est dure; la partie externe est toujours molle; les douleurs dans le membre thoracique et la gêne de la déglutition n'existent plus.

Le 8, les battements ont cessé; le pus s'écoule bien. On ôte la mèche de charpie, désormais inutile.

Le 10, le malade est exposé pendant six heures au froid, qui est très-vif ce jour-là : un carreau de vitre s'est cassé spontanément pendant la nuit, derrière son lit. Toute la journée et le lendemain, il éprouve du malaise.

Le 11 au soir, il a un frisson très-accentué d'un quart d'heure de durée, et suivi de fièvre, qui persistait encore le lendemain matin à la visite.

Le 12, on trouve le facies grippé ; l'expiration a une odeur purulente assez prononcée ; le pouls est irrégulier, à 100 pulsations ; la fièvre continue jusqu'à midi. Alors survient un second frisson, qui dure dix minutes, et auquel succède une abondante transpiration. Je crus, non sans raison, assister au début d'une infection purulente, et je fis administrer les remèdes suivants :

Tisane des 4 bois sudorifiques ; potion avec 15 centigrammes d'extrait d'aconit ; lavement ;

Décoction de valériane.	q. s.
Extrait de quina.	3 grammes.
Sulfate de quinine.	30 centigr.

Le 13, le malade se trouve mieux ; le pouls a repris son calme. On continue le lavement. De plus, on donne une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, et de la tisane de tilleul avec 4 grammes d'esprit de Mindererus.

Le 14, la suppuration a toujours de l'odeur ; mais le malade est bien.

Les jours suivants, la plaie se rétrécit notablement.

Le 16, quart de portion. Le fil tient toujours, malgré de petites tractions qu'on commence alors à exercer chaque matin.

Six jours plus tard, demi-portion. Le malade se lève.

Enfin, le 29, un mois après l'opération, le fil se trouve à la surface de la plaie, qui est réduite à une fistule ; il est très-solide ; le diamètre de l'anse mesure 5 millimètres. Tout faisait donc présager une guérison prochaine, et le malade manifestant une idée arrêtée de quitter l'hôpital, je me décide à le montrer à la Société de médecine le 5 mars. Il avait alors repris ses forces, un peu abattues par le régime sévère auquel il avait été astreint pendant plus d'un mois.

La circonférence de son cou avait diminué de 3 centimètres ; la tumeur était dure, solide, sans aucun battement ; l'appétit était excellent ; aucun phénomène cérébral n'était survenu. Durant des six jours qui suivirent sa présentation, l'amélioration fit encore des progrès ; mais cet heureux résultat ne devait être que passager.

Le 11 mars, il fut une seconde fois exposé à l'action du froid. Malgré des représentations réitérées, il voulut se faire raser ; son cou, mouillé avec de l'eau froide, resta découvert pendant une heure, par suite d'un oubli de la part du barbier. Le lendemain il présentait tous les phénomènes d'une angine et d'une bronchite intenses. Gêne de la

déglutition, rougeur de la gorge, toux fréquente, état fébrile, vinrent dénoter l'influence du coup de froid. Tout cela devait avoir des conséquences terribles pour notre malade.

La tumeur, qui jusqu'alors avait été indolente, devint douloureuse à la pression; elle augmenta de volume sans qu'on pût cependant y percevoir le moindre battement.

Au quatrième jour, l'expectoration était tellement abondante que le malade remplissait jusqu'à deux crachoirs en vingt-quatre heures. Jamais ses crachats ne furent souillés de pus ou de caillots sanguins. En même temps, la suppuration de la fistule augmenta et devint fétide; chaque jour je pus constater sur les pièces du pansement une matière pulpeuse, grisâtre, qui me parut être un détritus de caillots ramollis.

Le 16, six sangsues furent appliquées sur le côté droit du cou. Néanmoins les accidents persistèrent; la face se grippa; l'expiration prit une odeur purulente; la tumeur devint aussi volumineuse qu'au moment de l'opération.

Enfin, le 18, à dix heures du soir, le malade, en proie à une angoisse inexprimable, prévoyant sa fin prochaine depuis quelques instants, expira en vomissant du sang en abondance pendant cinq minutes environ. Rien ne sortit par la plaie. C'était le quarante-neuvième jour après l'opération.

Autopsie le 20 au matin. — La peau et le peaussier enlevés, on coupe le sterno-mastoïdien à ses insertions inférieures, et on le relève; il est très-adhérent à la tumeur, ainsi que les muscles sterno et thyro-hyoïdiens. La dissection attentive permet de constater l'état suivant :

Le *trajet fistuleux* correspondant à la ligature est étroit dans toute sa longueur; il est situé au-dessus de l'omoplat-hyoïdien, à 3 centimètres et demi au-dessus de la première côte.

Il conduit dans une petite gouttière formée par la gaîne celluleuse propre de l'artère, aux deux extrémités de laquelle on aperçoit les deux bouts du tube artériel sectionné par la ligature; ils sont distants d'un centimètre environ; leurs deux surfaces de section sont formées par une couche de bourgeons charnus, disposés en membrane rougeâtre, lisse, de deux millimètres d'épaisseur, qui paraît, au premier abord, fermer complétement les orifices. En les examinant avec beaucoup d'attention, on aperçoit au centre un petit caillot rougeâtre de la grosseur d'une tête d'épingle. Si on essaye de pousser un stylet délié au niveau de ce point, on introduit l'instrument dans la cavité

de l'artère, mais très-difficilement dans le bout supérieur, dont l'orifice est beaucoup plus étroit.

Examinons d'abord le *bout inférieur* à la ligature. Depuis l'aorte, il a 9 centimètres ; son volume est considérable. A sa partie inférieure, dans l'étendue de 4 centimètres et demi, se trouve un caillot actif, rougeâtre en certains points, grisâtre en d'autres, très-dur et très-solide, adhérent à la tunique interne, et terminé en cône assez régulier au niveau de la crosse aortique. Evidemment ce caillot était un obstacle puissant à la pénétration du sang dans le calibre artériel.

Les 4 centimètres et demi supérieurs étaient seulement à demi remplis par cette matière pulpeuse que l'on avait remarquée pendant les derniers jours de la vie du malade, sur les pièces du pansement. C'était de là que provenait la suppuration qui s'écoulait de la fistule. La tunique de Bichat était hypertrophiée et ridée ; mais on n'y vit pas de vaisseaux. Le pus s'insinuait par l'orifice de section, pour sortir à l'extérieur. La partie supérieure du caillot actif se confondait insensiblement avec la partie pulpeuse, et l'on pouvait dire, avec une certaine raison, qu'il y avait fonte purulente et progressive du caillot. Si le malade n'avait point succombé à des accidents du côté de la tumeur, n'était-il point menacé dans ce point, et ne pouvait-on pas redouter que le ramollissement ne finît par envahir tout le caillot actif?

Bout supérieur. — Il avait 2 centimères et demi; il côtoyait la tumeur, qui se trouvait en dedans; la veine jugulaire occupait son côté externe; le pneumo-gastrique se trouvait en arrière. Il est rempli de caillots actifs, mais qui n'ont point la solidité de celui dont j'ai parlé tout à l'heure ; quelques parties sont imbibées de pus, qui n'est, du reste, reconnaissable qu'au microscope ; un stylet, poussé avec un peu de force, le traverse et pénètre jusque dans la tumeur.

Etude du sac. — Son extrémité inférieure descend jusqu'au niveau de la ligature ; il est situé en dedans de l'artère carotide primitive ; il est contourné en dehors par la jugulaire interne, dont le calibre est peu considérable ; en arrière et en dehors par le pneumo-gastrique, à qui il fournit une gouttière et qui ne paraît nullement avoir souffert de son voisinage. Au même point se trouve le ganglion supérieur du grand sympathique, qui a le volume du petit doigt. En haut, le sac est bridé par le digastrique et par le grand hypoglosse, dont l'anastomose avec la branche descendante interne du plexus cervical descend en sautoir autour de la tumeur.

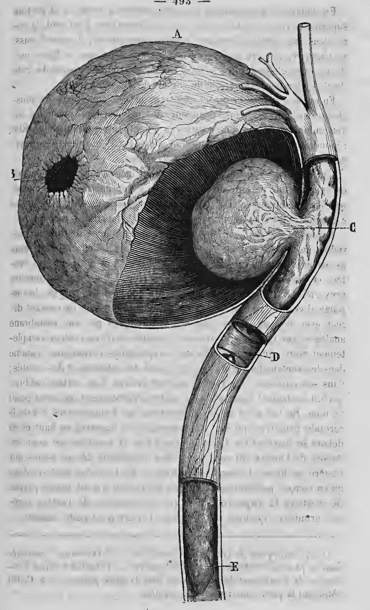
En dedans, le sac répond à la trachée déviée à droite, à la portion supéro-externe du cartilage thyroïde, qui constitue, à lui seul, la paroi dans une étendue d'environ 3 centimètres carrés; il répond aussi au pharynx, derrière lequel il se prolonge en dépassant la ligne médiane, et se glissant entre lui et la colonne vertébrale jusque du côté droit. L'étendue transversale du sac est de 9 centimètres.

En arrière, la tumeur est en rapport avec la colonne, avec les muscles prévertébraux, dans l'épaisseur desquels existent plusieurs diverticulum, dont l'un, entre autres, a 4 centimètres de longueur. Elle répond aussi aux branches antérieures des 4e, 5e et 6e paires cervicales. Toutes ces parties sont très-adhérentes.

La paroi latérale droite du pharynx étant incisée longitudinalement, on aperçoit une perforation arrondie, de 1 centimètre de diamètre, qui fait communiquer cette cavité avec l'intérieur du sac. Elle existe à gauche; c'est elle qui a donné passage à l'hémorrhagie mortelle.

Parois du sac (1). — Il possède une paroi propre, d'épaisseur variable, en avant, en dehors et en arrière; mais il n'en a point dans sa partie interne, située au niveau du pharynx, et qui peut être évaluée environ au tiers d'un segment de sphère. Là, ce sont les muscles prévertébraux, la paroi musculeuse ou muqueuse du pharynx, le cartilage thyroïde, comme je l'ai dit plus haut, qui sont en contact direct avec le sang. Il est tapissé à son intérieur par une membrane analogue aux muqueuses, veloutée, luisante et d'une couleur complétement noire, analogue à celle des suppurations chroniques; comme dans les ventricules cardiaques, on y voit des colonnes et des cavités; dans son épaisseur, on trouve plusieurs artères d'un certain calibre, qui ont seulement contracté avec lui des adhérences et qui n'ont point de nom. En bas et en dehors se trouvent les 2 centimètres 1/2 de la carotide primitive qui sont au-dessous de la ligature; en haut et en dehors se trouvent les 2 centimètres 1/2 de la carotide qui sont au-dessus de l'orifice du sac. C'est dans l'épaisseur de ses parois que l'artère se divise; l'union avec le tronc et les branches était si intime qu'on conçoit parfaitement pourquoi le toucher n'avait jamais permis de constater la disposition de la partie supérieure de l'artère carotide primitive; quoique volumineuse, l'artère n'est point malade.

(1) A Anévrysme de la carotide primitive. — B Ouverture spontanée dans le pharynx le 49e jour après la ligature. — C Caillot formant l'orifice. — D Ecartement des deux bouts dans la gaîne propre. — E Caillot oblitérant la partie inférieure de la carotide.


A
B
C
D
E

Contenu du sac. — Il est rempli par un sang fluide, putréfié, exhalant une odeur infecte, et qui contient une petite proportion de pus.

Après l'avoir soumis à un courant d'eau, on trouve un caillot fibrineux dense, de la grosseur d'une noix, faisant saillie dans la cavité et adhérant à l'orifice, au fond duquel il envoie des prolongements qui se continuent avec les caillots de la carotide primitive, au-dessous et au-dessus du sac. J'ai dit que celui du bout inférieur était solide; mais celui du bout supérieur, plus court, adhérait mal aux parois artérielles, dont il avait été détaché soit par la suppuration, soit par les efforts de la toux. C'était lui qui avait permis à un courant sanguin de retour de pénétrer dans le sac, dont la paroi pharyngienne amincie s'était sans doute rupturée au même instant.

L'*orifice* est arrondi; il a environ 2 centimètres de diamètre; il est formé aux dépens du côté interne de la carotide cervicale, un peu au-dessus de sa partie moyenne; il offre un éperon très-prononcé dans sa moitié supérieure; le caillot actif est très-adhérent à son pourtour.

L'origine de l'aorte est énormément dilatée; ses parois ne sont point amincies; toutefois la face interne est parsemée de plaques jaunâtres de dimensions diverses, constituées par une infiltration graisseuse.

Les grosses artères de la partie supérieure du tronc ont toutes un calibre considérable; les poumons sont emphysémateux; toutes les bronches, jusque dans leurs fines divisions, sont pleines de sang coagulé : il est présumable que la mort a eu lieu par asphyxie. En lavant avec soin la muqueuse bronchique, on y voit une rougeur prononcée, signe de la bronchite.

— A cette observation, malheureusement trop complète, j'ajouterai seulement les réflexions suivantes :

En voyant des désordres si graves et si étendus chez un homme d'un âge avancé, on est étonné qu'il ait été sur le point de guérir, et l'on admire la puissance de l'art. Sans le refroidissement subit auquel il fut soumis, tout faisait présager un résultat des plus heureux, et permettait de se livrer à un légitime espoir de succès.

Désirant étudier avec soin la disposition des caillots, j'ai dû négliger de pratiquer des injections pour élucider la question des anastomoses; mais au cou elle est d'un intérêt moindre qu'ailleurs, à cause de la multiplicité des artères qui s'abouchent ensemble. Toutefois, je pense que le retour du sang dans la tumeur, sensible peu de temps après l'opération, et trop manifeste au moment de la mort, s'est principale-

ment effectué par les thyroïdiennes et les artères de la face ; en un mot, par les branches de la carotide externe ; car la carotide interne du côté gauche avait un volume si peu considérable, qu'à l'autopsie on la prit tout d'abord pour la méningée moyenne.

Il me fut possible, pendant la vie, de diagnostiquer la forme de la tumeur et de reconnaître un anévrysme sacciforme. Avant l'opération, le frémissement était perçu dans un point situé en bas et en dehors ; et quelques jours après, lorsque la circulation de retour anima la tumeur de battements assez forts, c'est encore dans ce même point que le thrill fut sensible.

Une question qui me paraît neuve, et sur laquelle M. Bonnet, mon regretté maître, a appelé le premier l'attention, c'est le déplacement des artères par les tumeurs anévrysmatiques. Ici la tumeur était en dedans ; donc l'artère devait être déviée en dehors. Si la tumeur se fût développée aux dépens du côté postériour de l'artère, le tronc eût été refoulé en avant, comme j'en ai vu un exemple. Cette question du déplacement artériel est facile à résoudre lorsqu'on peut la juger par le toucher. Lorsque ce mode d'investigation est impossible, le frémissement vibratoire, ou à son défaut le lieu dans lequel le bruit de souffle a le plus d'énergie, fournissent d'utiles indications sur la disposition de l'orifice. Connaissant l'orifice, on soupçonne le déplacement artériel.

Le procédé que j'ai suivi pour pratiquer cette ligature est, sauf l'incision horizontale de la peau, celui de M. Sédillot. Grâce à la déviation en dehors, il a été d'une application facile, malgré l'espace extrêmement limité dans lequel il m'était permis d'agir. Il n'y eut aucune tendance ni aux fusées purulentes ni à la stagnation du pus, et la crainte de voir les chefs du sterno-mastoïdien former une boutonnière me paraît exagérée. Rien de plus facile, du reste, que de la prévenir en maintenant, comme je l'ai fait, pendant quelques jours une grosse mèche de charpie pénétrant jusqu'au fond de la plaie.

L'observation précédente appartient à cette catégorie de maladies chirurgicales rares, qui se présentent de loin en loin, même dans la pratique des chirurgiens les plus occupés. Nous devons savoir gré à l'auteur de nous avoir envoyé une observation importante, recueillie avec beaucoup de soin et de netteté ; nous devons regretter cependant que M. Delore n'ait pas jugé opportun de placer ce fait intéressant en regard de faits semblables, consignés dans les annales de l'art, et qu'il n'ait pas cherché à en déduire quelques conclusions pratiques.

Il est certain que, dans l'état actuel de la science, un anévrysme volumineux de l'artère carotide est un sujet de sérieuses difficultés, et qui peut devenir, pour un jeune chirurgien, une cause de grands embarras et de graves perplexités ; jusqu'à quel point, en effet, peut-il compter avec les ressources de l'art, et quelles sont les limites où il doit s'arrêter ?

Les auteurs classiques, les monographies mêmes, sont pauvres de détails au sujet des anévrysmes carotidiens. Si l'on cherche à se renseigner sur cette question, on voit avec surprise qu'elle est traitée et résolue avec des données empruntées à l'histoire générale des anévrysmes, plutôt que par une étude comparative des faits particuliers à la région.

Dans les quelques réflexions que nous allons vous soumettre dans ce rapport, nous n'avons nullement à nous préoccuper de l'histoire pathologique des anévrysmes carotidiens ; nous voulons seulement appeler votre attention sur quelques détails, sur quelques points importants de cette observation. Au nombre des symptômes observés chez le malade de M. Delore, on a noté l'existence d'un frémissement très-marqué dans la tumeur, qu'il désigne avec M. Broca par le mot *thrill.* Ce frémissement ondulatoire s'observe, en effet, plus souvent dans les anévrysmes carotidiens que dans ceux des autres régions. Dans quelques cas, il est tellement marqué, porté à un degré si élevé, que les malades sont fatigués, agacés par cette espèce de roulement continuel qui se propage à leurs oreilles et les prive de sommeil.

Avant d'avoir recours à la ligature du vaisseau, M. Delore voulut tenter la compression digitale ; après l'avoir essayée pendant deux jours, elle devint fatigante, douloureuse, et le chirurgien fut obligé d'y renoncer. La compression ayant échoué, la ligature de l'artère fut pratiquée. Après l'opération, les pulsations revinrent dans la tumeur : le retour des pulsations s'observe beaucoup plus souvent dans les anévrysmes de l'artère carotide que dans ceux des autres régions. Ce phénomène trouve son explication dans la richesse des voies anastomotiques, devenues plus amples par suite de l'obstacle opposé par la tumeur à la libre circulation.

La ligature de l'artère a été suivie d'une amélioration apparente ; au bout d'un mois, néanmoins, sous l'influence de causes externes, la tumeur devint le siége d'une inflammation, augmenta de volume, et se compliqua de phénomènes graves qui occasionnèrent la mort du malade.

Ainsi, au moment où le chirurgien s'applaudissait de son succès,

sous l'influence de causes en apparence bien minimes, il se développa des complications sérieuses qui compromirent tout. Devant ce malheureux résultat, on est porté à se demander si des accidents analogues se rencontrent fréquemment dans les anévrysmes volumineux de l'artère carotide traités par la ligature. En consultant les observations, on constate que la majorité des cas où cette opération a été pratiquée avec succès étaient presque tous des anévrysmes de faible dimension ; dans le cas, au contraire, où la tumeur était d'un volume considérable, analogue au fait de M. Delore, l'inflammation du sac et les phénomènes qui la compliquent ont été souvent observés. Astley Cooper (1) a vu son premier opéré succomber en grande partie à cet accident; il en a été de même des opérés de Coates (2), Porter (3), Solly (4), Robertson (5), etc., etc.

L'inflammation de l'anévrysme après la ligature détermine toujours un accroissement notable de volume dans la tumeur ; cette complication s'accompagne de phénomènes de voisinage produits par la compression du pharynx, de la trachée, et des autres organes ambiants ; des menaces de suffocation, des hémorrhagies dans les voies aériennes, ont été très-souvent observées. Pour remédier à ces graves accidents, on a été quelquefois forcé d'ouvrir la tumeur, observation de Coates (6), Hobart (7), ou même de pratiquer la trachéotomie, observation de Duncan (8). Chez l'opéré de M. Delore, l'augmentation de l'anévrysme par suite de l'inflammation donna lieu à des accidents analogues à ceux que nous venons d'indiquer.

Toutes les fois qu'on a à traiter par la ligature de l'artère un anévrysme carotidien spontané volumineux, outre les accidents cérébraux produits par l'arrêt de la circulation du côté du cerveau, le chirurgien a encore devant lui la désolante perspective de voir son malade succomber aux accidents occasionnés par l'inflammation de la

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, vol. Ier.

(2) *Medico-chir. Transactions*, vol. XI.

(3) *On Anevrysm.*, 1838, page 153.

(4) *The Lancet*, 1853.

(5) Dublin, *Medic. Journal*, n° 12.

(6) *Loco cit.*

(7) Dublin, *Medic. Journal*, 1858.

(8) Edimb. *Med. Journ.*, n° 42.

tumeur. Une prévision aussi peu consolante mérite assurément toute notre attention, et il y a lieu de se demander si la thérapeutique chirurgicale des anévrysmes est à bout de ressources, et si elle ne peut fournir d'autre moyen que la ligature du vaisseau.

L'observation de M. Delore nous présente encore, au point de vue de la médecine opératoire, une autre question à considérer. Le volume de la tumeur, son développement vers la partie inférieure, ont obligé le chirurgien à s'écarter du procédé ordinaire, et à mettre en pratique celui qui a été conseillé par notre éminent collègue M. Sédillot. L'opération a été pratiquée sans beaucoup de difficultés.

Dans les cas cependant où la tumeur trop volumineuse se serait développée du côté de la clavicule, au point de masquer les régions donnant accès sur l'artère carotide, le procédé de ligature préconisé par Hargrave (1) et employé déjà en 1838 par Porter, me paraît offrir des avantages réels. Ce procédé consiste à découvrir l'artère au moyen d'une incision horizontale parallèle à la clavicule, à couper le chef interne du muscle sterno-mastoïdien, et à arriver ainsi sur le vaisseau par une voie large et facile. Ce procédé, d'une prompte exécution, est applicable surtout aux cas où la tumeur, trop rapprochée de la clavicule, laisserait un espace trop étroit pour permettre de faire l'incision par les procédés ordinaires.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. le docteur Delore de son intéressante communication;

2° D'insérer dans votre *Bulletin* l'observation et le dessin qui l'accompagne;

3° D'inscrire M. le docteur Delore sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Discussion sur l'amputation de Chopart.

M. VERNEUIL. Dans une des séances précédentes j'avais annoncé avec réserve, et me défiant de ma mémoire, qu'un chirurgien français de province avait pratiqué la section du tendon d'Achille, simultanément à l'amputation de Chopart, à une époque assez récente, mais que je ne pouvais préciser; je m'adressai par correspondance au con-

(1) Dublin, *Med. Journal*, 1849, n° 15.

frère qui dans mes souvenirs avait employé cet expédient nouveau, et je reçus sur-le-champ de M. le docteur Bitot, professeur à l'École secondaire de Bordeaux, une brochure qui renferme l'observation importante dont voici le titre : *Tumeur fibro-plastique; désarticulation médio-tarsienne avec conservation du scaphoïde; section simultanée du tendon d'Achille; supériorité de cette opération sur celle de Chopart* (1).

Il s'agit d'un garçon de treize ans, affecté d'un fibrôme du pied gauche, occupant le métatarse, surtout vers le deuxième os de cette région.

Toute la partie antérieure du pied devant être sacrifiée, M. Bitot se décida à pratiquer l'amputation médio-tarsienne, en conservant toutefois le scaphoïde, qui lui paraissait sain. Il fit préalablement la section du tendon d'Achille avec un ténotome introduit par une petite incision cutanée à la région interne. Ensuite il procéda à peu près comme pour l'opération de Chopart. Malgré quelques accidents locaux et généraux, la cicatrisation était complète au bout de quarante jours. Pendant le traitement, on ne s'occupa nullement de la section du tendon, et on procéda au pansement comme si cette section n'eût pas été effectuée.

L'opération avait été pratiquée le 6 mai 1857; neuf mois après le moignon était dans l'état suivant : la ligne cicatricielle est flexueuse, peu mobile au centre. Dans la station ordinaire, le moignon repose sur le sol par toute sa face plantaire, dont la longueur mesure 12 centimètres; mais il appuie principalement par ses trois quarts postérieurs. Il n'y a pas la moindre déviation latérale. La semelle du soulier court que le sujet porte depuis plus de cinq mois est très-uniformément usée, pas plus d'un côté que de l'autre. Cette semelle a partout la même épaisseur. Le moignon se fléchit et s'étend avec la plus grande facilité. L'extension est cependant plus vive et plus étendue que la flexion.

La marche est très-facile, presque sans claudication. Le tendon d'Achille ne présente aucune marque indiquant le point où la section a eu lieu.

M. Bitot, dans les réflexions qu'il joint à son récit, cherche à interpréter les causes de ce beau résultat. Il place en première ligne la

(1) Cette opération a été pratiquée le 6 mai 1857. L'observation a été publiée dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, dans le courant de l'année 1858; elle est très-détaillée. Je n'en donne ici qu'une très-courte analyse, et ne reproduis que les détails relatifs à la section tendineuse.

conservation du scaphoïde, puis, en second lieu, la section tendineuse. La question est à la fois assez neuve et assez intéressante pour que je reproduise sommairement au moins les idées de l'auteur.

« Si le succès a été complet, dit-il, cela tient surtout à la conservation du scaphoïde, qui joue un rôle important dans la station et la marche... Cet os enlevé, l'arc antéro-postérieur interne du pied disparaît complétement, et il faut s'attendre à voir le pied se renverser en dehors... Sa conservation laisse intacte l'action du jambier postérieur, destiné à élever le bord interne du pied... On objectera peut-être que, ce muscle étant aussi extenseur, en cherchant à prévenir le renversement du moignon en dehors, on favorisera le renversement en arrière, plus à craindre que le premier. Mais l'art possède heureusement dans la section du tendon d'Achille un moyen très-simple, et le plus souvent efficace, pour obvier à cet inconvénient.

» Personne ne conteste l'innocuité de cette opération, mais il n'en est pas de même de son efficacité, et cela tient à ce qu'elle n'a été pratiquée que consécutivement, c'est-à-dire plus ou moins longtemps après l'opération... *Pour être réellement utile, cette section doit être primitive, c'est-à-dire effectuée en même temps que l'opération, immédiatement avant ou immédiatement après.* »

Blandin en avait déjà donné l'exemple et le conseil, on a tort de ne pas l'imiter. En procédant différemment, l'extension demeure toute-puissante, puisque les attaches des muscles fléchisseurs du pied ont été détruites. Ces muscles contracteront des adhérences défavorables à leur action; dès lors le renversement du moignon se produira, et persistera quoi qu'on fasse.

En imitant Blandin, tous les inconvénients disparaissent : muscles fléchisseurs et extenseurs sont coupés, l'opposition est suspendue, elle ne reparaîtra qu'avec les progrès de la guérison, et rien ne prouve qu'elle ne sera pas relativement normale.

Pour combattre la prédominance constante des muscles postérieurs, on pourrait faire la suture des tendons fléchisseurs avec les tendons extenseurs. Mais on arrive au même but en faisant reposer sur le mollet la jambe étendue. Cette attitude du membre, d'une part, atténue la puissance d'extension, en écartant les bouts du tendon coupé; d'autre part, favorisera la flexion plus tard, en permettant aux muscles de la région antérieure de contracter des adhérences aussi éloignées que possible des attaches fixes.

M. Bitot en conclut :

1° Que la désarticulation médio-tarsienne avec conservation du scaphoïde est préférable à l'amputation de Chopart ;

2° Que dans les désarticulations tarsiennes, la section *immédiate* du tendon d'Achille est au moins toujours utile, sinon indispensable, pour le succès *complet ;* que la section *consécutive* n'a pas la même valeur ;

3° Enfin, que le malade, après l'opération, doit étendre sa jambe et l'appuyer sur le mollet.

Quoiqu'il ne s'agisse pas ici d'une amputation de Chopart proprement dite, mais bien d'un procédé mixte d'amputation médio-tarsienne, sur les avantages de laquelle plusieurs chirurgiens ont déjà insisté, les réflexions qui accompagnent l'observation de M. Bitot jettent un jour nouveau sur la question de la section primitive du tendon d'Achille, et en font comprendre l'utilité.

L'amputation de Chopart détruit l'insertion de tous les muscles qui meuvent l'articulation tibio-tarsienne, le triceps sural excepté ; ce dernier, restant sans antagoniste, peut dès lors, pendant la cicatrisation, attirer facilement le calcanéum de son côté, et amener une déviation qui devient permanente, précisément à cause des adhérences que les tendons profonds contractent avec les gouttières du calcanéum. Ayant moi-même constaté autrefois l'existence de ces adhérences, j'inclinais à les considérer comme causes de la déviation, tandis qu'elles ne sont peut-être que l'effet naturel de la cicatrisation dans une position vicieuse préparée par les muscles du mollet, auxquels je refusais une participation généralement admise.

J'ai dit, ailleurs, que dans les affections organiques anciennes le pied était, au moment même de l'amputation, dans une extension prononcée ; par conséquent l'extrémité postérieure du calcanéum est déjà élevée, et l'ascension du talon en partie réalisée. Cette attitude vicieuse n'est point corrigée pendant la cicatrisation, et lorsque celle-ci est achevée, le calcanéum est déjà solidement maintenu dans l'obliquité qui porte son extrémité antérieure en bas. On sait combien les pansements, les coussins, les semelles obliques, etc., sont impuissants à combattre l'ascension du talon ; la section du tendon d'Achille elle-même reste sans fruit, parce que les tendons profonds, s'ils n'ont pas produit le mal, au moins le maintiennent et le rendent définitif.

La théorie promet un tout autre résultat si l'on divise primitivement le tendon d'Achille. La première rangée du tarse ne tient plus

à la jambe que par les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. Si celle-ci se trouve au moment de l'opération dans une extension forcée, on peut aisément la redresser et même la fléchir après avoir divisé le tendon d'Achille. Les tendons des muscles antérieurs du cou-de-pied, si on ne les a pas divisés trop haut, peuvent contracter des adhérences avec la tête de l'astragale qui marche à leur rencontre, et que la flexion de l'arrière-pied met naturellement en contact avec eux. Par le fait même de cette flexion, les tendons opposés (péroniers, jambiers postérieurs, fléchisseurs des orteils) remontent dans leurs gaînes, et contractent des adhérences dans un point moins favorable à l'extension du pied que l'on veut prévenir.

Si, comme le recommande M. Bitot, on a soin en même temps de faire reposer la jambe sur le mollet, les deux bouts séparés du tendon d'Achille s'écartent, et après la réunion par un cal fibreux intermédiaire, le tendon, allongé de deux ou trois centimètres, agit moins efficacement sur le calcanéum, et perd sa tendance à élever l'extrémité postérieure de l'os. Ajoutons enfin que le moignon du tarse, étant pour ainsi dire flottant par la destruction de toutes ses insertions tendineuses, peut être facilement maintenu dans la flexion, c'est-à-dire presque dans la position du talus par la réunion du lambeau postérieur au lambeau antérieur, et par des pansements dirigés dans le même but.

Voici, Messieurs, comment je comprends l'efficacité de la section primitive du tendon d'Achille. Peut-être trouverez-vous qu'il y a là beaucoup d'arguments théoriques ; mais l'esprit répugne tant à l'empirisme, la pratique gagne tant à s'appuyer sur le raisonnement, la main cherche si légitimement à être conduite par la tête, que j'ai cru devoir interpréter les résultats avantageux que cette innovation a déjà donnés. Si on arrive par ce moyen à dépouiller la désarticulation médio-tarsienne des inconvénients sérieux qui mettent sa conservation en question, on aura rendu, je crois, à la chirurgie et aux malades un service important.

Je ne voudrais pas quitter ce sujet sans trancher un point d'historique et sans décider quel chirurgien le premier a songé à la section prématurée du tendon d'Achille dans l'opération qui nous occupe. C'est une question accessoire que notre savant collègue M. Bouvier n'a pas tranchée, je crois.

Nous voyons que M. Cock, en 1845, fit la ténotomie aussitôt la cicatrisation achevée ; mais ce n'est pas encore là la section *primitive*. Tout porte à croire que c'est à Blandin que revient le mérite

de cette conception. Plusieurs auteurs disent que Blandin, ayant à faire l'amputation de Chopart sur un pied maintenu déjà dans l'extension permanente, sans doute par la maladie et l'attitude vicieuse du pied, fit la section sous-cutanée du tendon d'Achille immédiatement avant de désarticuler; il a réussi, ajoute-t-on, sans autres détails.

L'époque précise à laquelle ce fait s'est passé est difficile à déterminer. M. Velpeau en 1839, A. Bérard en 1840, M. Larrey en 1841, n'en parlent pas; au contraire, Lisfranc en 1846 et M. Robert en 1850 le signalent brièvement sans donner d'indications bibliographiques. La première mention que j'en ai trouvée existe dans le bon travail que M. Laborie publia en 1843 dans la *Gazette médicale*. C'est entre 1841 et 1843 qu'aurait probablement été faite l'opération de Blandin. Notons, en passant, que cet expédient ne fut employé que d'une manière exceptionnelle, et qu'il y a loin de là à proposer la ténotomie primitive dans tous les cas, et comme adjuvant nécessaire à la réussite ultérieure.

Les élèves de Blandin, assez nombreux dans cette enceinte, pourront peut-être élucider ce petit point de priorité.

M. BOUVIER fait observer que M. Verneuil n'a pas examiné les opinions de l'auteur sur l'utilité de conserver l'opération de Chopart.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pas voulu détourner l'attention de la section du tendon d'Achille.

M. LARREY, après avoir pratiqué en 1841 la section du tendon d'Achille consécutivement à une amputation de Chopart, a été fort approuvé par Blandin, qui lui-même eut recours avec succès à la même opération.

M. HUGUIER soutient que la section du tendon d'Achille n'est pas toujours nécessaire. Un malade qu'il avait amputé il y a neuf ans est mort dernièrement dans le service de M. Morel, et la Société a pu constater que le moignon ne présentait pas de renversement.

M. CHASSAIGNAC pense que les opinions de M. Bouvier ont dû se modifier par suite de la discussion. Pour lui, il trouve que l'amputation de Chopart est une excellente opération. On a cité des observations de malades qui marchaient bien sans section du tendon d'Achille. Il y a des succès après la section de ce tendon. Enfin, on a vu que des malades peuvent marcher sur l'extrémité antérieure du calcanéum renversé. La conclusion de la discussion doit être qu'il faut perfectionner l'amputation de Chopart par la ténotomie, l'ankylose, etc., et non pas la rejeter de la pratique chirurgicale, d'autant plus que c'est

une opération qui guérit très-bien. M. Bouvier a dit que les hôpitaux étaient encombrés de gens amputés par la méthode de Chopart; cela prouve qu'elle est souvent suivie de guérison. On ne pourrait pas en dire autant de beaucoup d'autres amputations.

M. BOUVIER ne rentre pas dans la discussion, mais veut seulement donner un éclaircissement. Il n'a pas condamné l'opération de Chopart; mais en considérant ses inconvénients, il a dit qu'il y avait lieu de se demander s'il fallait la conserver. La balance paraissait alors pencher contre l'opération de Chopart; maintenant elle penche en sa faveur.

M. HUGUIER pense que l'amputation de Chopart gagnera beaucoup en ayant soin de conserver un lambeau long, et par l'application de la ténotomie, de l'ankylose, etc.

— **M. BEREND** (de Berlin) fait connaître à la Société les faits principaux contenus dans ses huitième et neuvième mémoires sur les *maladies des articulations de la colonne vertébrale*. Il présente en même temps deux pièces anatomiques de résection totale du coude pour des ankyloses osseuses, avec guérison radicale et rétablissement parfait des fonctions.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Berend s'il a vu, comme lui, des accidents graves à la suite de l'extension brusque.

M. BEREND répond que dans cette méthode tout dépend de la manière d'opérer. La mobilisation ne doit pas se faire par extension brusque; car il en résulte des accidents graves et une inflammation qui empêche la mobilisation. On ne doit donc l'employer que lorsqu'on ne peut réussir par les moyens gymnastiques.

M. Berend a pratiqué environ 500 fois l'extension brusque; il n'a pas vu d'accidents; il y a eu cependant deux ou trois fractures du fémur, mais les malades ont bien guéri. On a été trop porté à opérer; il faut maintenant s'appliquer à perfectionner les moyens gymnastiques.

M. LARREY demande à M. Berend s'il pourrait donner les résultats proportionnels des accidents qu'il a vus dans sa pratique et dans celle des autres par l'extension brusque. Il a vu, dans deux cas, des accidents graves par l'extension au moyen de la machine Louvrier. Il rappelle que Delpech a un des premiers posé des règles sur l'emploi de l'orthomorphie dans le traitement de beaucoup de difformités des membres.

M. BEREND n'oublie pas le mérite des travaux de Delpech; mais la gymnastique médicale n'est pas celle que pratiquait ce chirurgien.

Quant à l'extension brusque, M. Berend ne l'a jamais vue produire d'accidents.

M. LARREY demande si, par extension brusque, M. Berend entend l'extension pratiquée instantanément, ou d'une manière progressive, dans une seule séance.

M. BEREND pense que la méthode doit varier suivant les cas. Il y en a où l'extension peut être instantanée, mais ce n'est pas ainsi qu'il entend l'extension brusque. Il y a même des cas de maladies de la hanche où l'on ne peut redresser le membre en une seule fois. Il faut le mobiliser dans une première séance pour le redresser plus tard.

Le secrétaire, DÉZORMEAUX.

Séance du 26 septembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant, fait parvenir à la Société dix exemplaires de son mémoire intitulé : *Considérations cliniques sur le charbon malin et la pustule maligne;* Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Houzé (de l'Aulnoit), professeur à l'Ecole de médecine de Lille, adresse à la Société sa brochure intitulée :

1° *Recherches médico-légales sur la déglutition comme signe de vie chez les enfants qui n'ont pas respiré.*

2° *Mutilation considérable de la face; autoplastie; guérison.* Lille, 1860, in-8°.

— M. le docteur Ancelet (de Wailly-sur-Aisne), déjà candidat au titre de membre correspondant, adresse une observation manuscrite intitulée : *Abcès de l'articulation fémoro-tibiale. Ponction. Guérison complète et définitive.* (Commissaires, MM. Huguier, Gosselin et Jarjavay).

RAPPORT.

M. GUERSANT lit le rapport suivant sur une observation de tumeur rectale adressée par M. le docteur Ancelon (de Dieuze).

Messieurs, vous avez chargé MM. Robert, Verneuil et moi de vous rendre compte d'une observation de M. le docteur Ancelon.

Cette observation a pour titre : *Polype du rectum chez un adulte.*

L'auteur, après avoir dit que tous les chirurgiens sont d'accord avec le professeur Stoltz pour reconnaître que les polypes du rectum sont plus communs chez les enfants que chez les adultes et les vieillards, se demande si une statistique bien faite sur ce sujet ne donnerait pas autant d'observations de polypes chez l'homme que chez l'enfant, car il y a, selon lui, une grande prédisposition chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, aux excroissances épithéliales et par conséquent aux végétations sur les muqueuses; il dit avoir observé sur quatre ou cinq vieillards des végétations sus-sphinctériennes; il donne ensuite une observation de polype du rectum chez un homme de cinquante-six ans.

Le malade se présenta à notre confrère en novembre 1859; à cette époque il disait que depuis cinq ans il éprouvait à l'anus des démangeaisons, qu'il ressentait de la douleur, de la pesanteur; que de plus il avait de la constipation, qu'il avait reconnu l'existence d'hémorrhoïdes, et qu'enfin il avait des suintements sanguinolents qui quelquefois se transformaient en hémorrhagies assez abondantes. Aussi il se présenta à notre confrère étant déjà exténué, amaigri et anémique. Que ce malade fût debout ou assis, il se plaignait de pesanteur vers l'anus, de ténesmes continuels qui l'engageaient à se présenter à chaque instant à la garde-robe; l'orifice anal était baigné de mucosités sanguinolentes; la muqueuse rectale sortait sous forme de bourrelet; sur le côté droit, on voyait une tumeur hémorrhoïdale; sur le côté gauche, on remarquait un segment de tumeur rouge-cerise, lisse, et qu'on pouvait suivre et circonscrire jusqu'à sa base, qui était large, adhérente et immédiatement au-dessus du sphincter interne.

D'après ces symptômes, notre confrère n'hésite pas à dire qu'il s'agit d'un polype; il se décide à le saisir avec une pince-érigne; il le pédiculise avec un fil ciré, puis il applique l'écraseur pendant douze minutes, et la tumeur tombe sans aucun accident. La défécation s'opère facilement dès le troisième jour, et le malade quitte bientôt l'hôpital pour aller reprendre ses travaux.

Ajoutons ici textuellement la description anatomique de la tumeur par notre confrère :

« Cette tumeur n'est autre chose qu'un polype développé aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux; elle mesure 2 centimètres et demi de diamètre; sa consistance demi-molle permet qu'en la malaxant légèrement on sente quelques noyaux plus compactes que le reste de sa trame; en effet, en la disséquant avec soin, nous avons trouvé au-dessous de la muqueuse hypertrophiée, dans les mailles d'un

tissu cellulaire fibreux, quatre grumeaux de matière mélanée. Il semblait qu'un noyau vasculaire, siégeant dans le centre du produit lui-même, avait été détruit par l'écrasement. »

Les réflexions sur ce qui précède cette observation et sur cette observation elle-même seront très-succinctes.

D'abord, pour ce qui regarde une statistique des polypes du rectum chez les adultes, comparée à celle des polypes chez les enfants, elle ne peut être faite dans l'état actuel de la science, car les observations de véritables polypes du rectum chez les adultes sont très-rares; beaucoup de tumeurs différentes se montrent chez eux, tandis que tout le monde sait que ce sont toujours ou presque toujours de véritables polypes qu'on rencontre chez les enfants. Le professeur Stoltz en a cité plusieurs exemples ; on en trouve des observations dans les journaux; et, pour ma part, j'en ai vu au moins 70 à 80 cas depuis que je suis à l'hôpital des Enfants.

Ces polypes, chez les enfants, et même quelquefois, mais rarement, chez les adultes, se présentent tous pour la plupart avec des caractères bien tranchés ; ils ressemblent à un fruit suspendu par une queue, ou bien à un battant de cloche; ils sont uniques ou multiples; ils glissent sous le doigt qui les presse en examinant le rectum. On les fait tomber quelquefois avec le doigt ou avec une simple ligature; l'examen anatomique nous fait toujours reconnaître que ce sont des glandes hypertrophiées. La vue et le microscope sont d'accord sur ce point.

J'ajouterai maintenant que la description donnée par notre confrère nous paraît avoir beaucoup plus d'analogie avec une tumeur sanguine non pédiculée qu'avec un polype du rectum; que, par conséquent, ce cas ne pourrait pas entrer dans une statistique des polypes du rectum.

Nous concluons, cependant, quoique nous ne soyons pas d'accord avec l'auteur sur le diagnostic, en demandant :

1° Qu'il soit remercié de son travail, parce qu'il éveille l'attention sur une question importante, et que, d'ailleurs, il offre un fait de tumeur rectale enlevée avec succès par le procédé de notre collègue M. Chassaignac;

2° Que son observation soit gardée dans nos archives, afin de pouvoir la consulter dans l'occasion.

M. RICHET pense, avec M. Guersant, que l'observation de M. Ancelon ne se rapporte point à un polype du rectum; mais il ne peut admettre avec M. le rapporteur que ces polypes ne se rencon-

trent que chez les enfants, et que la plupart de ceux qui ont été décrits chez l'adulte sont des tumeurs sanguines hémorrhoïdaires pédiculées. Cette opinion ne lui paraît point exacte ; il a eu l'occasion de voir deux exemples de polypes vrais du rectum chez l'adulte, dont un avec M. Michon, au souvenir duquel il fait appel.

M. GUERSANT se défend d'avoir voulu nier dans son rapport l'existence de vrais polypes du rectum chez l'adulte ; il a voulu dire seulement qu'ils y étaient beaucoup plus rares que chez les enfants, et en cela il diffère de l'opinion émise par M. Ancelon, qui admet la proposition inverse.

M. Guersant est heureux de voir que M. Richet considère avec lui le fait de M. Ancelon comme n'appartenant point à la classe des polypes; la description anatomo-pathologique de cette tumeur lui fait supposer qu'il s'agissait plutôt ici d'une hémorrhoïde pédiculée.

M. RICHARD insiste particulièrement sur la différence que présentent au point de vue de la thérapeutique les polypes des enfants et des adultes. Chez les premiers, outre l'aspect particulier de la tumeur, le pédicule est peu consistant, on peut en quelque sorte le cueillir; chez l'adulte, au contraire, il offre une grande résistance.

M. DEMARQUAY a observé dernièrement un polype du rectum chez une dame qui avait en même temps une fistule ; il était gros comme une noix, et il avait un pédicule consistant long de 3 centimètres. A l'examen anatomique, il a trouvé la masse constituée par un tissu fibreux très-dense.

M. HUGUIER rappelle à la Société qu'il a eu l'occasion, il y a peu d'années, de lui présenter deux polypes fibreux du rectum; une autre fois, il en a enlevé un qui était cellulo-vasculaire. Mais, avec MM. Guersant et Richet, il ne croit pas que l'on doive donner le nom de polype aux kystes hémorrhoïdaux pédiculés, et l'observation de M. Ancelon lui paraît également se rapporter à cet ordre de faits. Aussi ne pense-t-il pas que l'on doive lui conserver la désignation de polype.

M. RICHET pense, avec M. Huguier, qu'il faut donner le nom de polypes à une classe spéciale de tumeurs dont il a étudié les caractères avec M. Robin.

Dans un des faits qu'il a observés, les polypes étaient multiples et remontaient assez haut dans le rectum. Une première opération, après avoir paru réussir pendant quelque temps, fut reconnue insuffisante, les hémorrhagies se répétant et la perte de sang pouvant compromettre les jours du malade. M. Richet se proposant alors de faire une

opération plus complète, fit faire un petit spéculum à développement très-court ; il put à l'aide de cet instrument extirper successivement soixante-dix à quatre-vingts de ces petits polypes, et, à mesure que le pédicule était coupé, il pratiquait une cautérisation. Il ne survint aucun accident, et le malade après cette seconde opération a guéri radicalement.

L'examen de ces petites masses ayant été fait par M. Robin, il reconnut qu'elles étaient formées par les glandules du rectum hypertrophiées.

L'observation a été publiée avec tous ses détails, en 1859, dans la thèse d'un des élèves de M. Richet, M. le docteur Chargelaigues.

Le second malade qu'a examiné M. Richet présentait les mêmes symptômes que le premier ; les polypes étaient également multiples et remontaient assez haut; il n'a point été opéré. M. Richet voudrait que l'on réservât exclusivement le nom de polypes du rectum à ces tumeurs pédiculées hypertrophiques et multiples.

M. CHASSAIGNAC a observé un certain nombre de polypes du rectum chez l'adulte, mais il ne leur a pas trouvé tout à fait les mêmes caractères comme aspect qu'à ceux que l'on observe chez les enfants. Il craint qu'en suivant la définition rigoureuse proposée par M. Richet, on ne dénature le nom de polype.

Le nombre ne fait rien pour la dénomination de la maladie, et quand au-dessus du sphincter de l'anus il y a une tumeur pédiculée, il voudrait qu'on lui donnât le nom de polype, quelle que fût sa nature. Il appliquerait même ce nom à une hémorrhoïde altérée, à un cancer, si la tumeur était pédiculée; seulement il voudrait y joindre une qualification, et dans ce dernier cas il dirait polype cancéreux. Pour M. Chassaignac, ce n'est point le nombre et la structure anatomo-pathologique qui font qu'une tumeur est un polype ; cette dénomination n'est qu'un terme générique destiné plutôt à rappeler la forme de la tumeur que sa composition.

M. BROCA admet comme M. Chassaignac que le mot polype ne désigne point la substance spéciale d'une tumeur, mais sa forme, et il pense que ce terme, tout général qu'il est, est à conserver.

M. VERNEUIL considère aussi que le mot polype est regrettable, mais s'il est cependant aujourd'hui nécessaire de le conserver, il ne voudrait point que l'on en fît un abus. Puisque, pour simplifier le langage, on veut un substantif, il ne voit pas pourquoi on ne dirait point cancer pédiculé au lieu de polype cancéreux. Cette dénomination aurait l'avantage d'indiquer en même temps et la forme et la ma-

lignité de la tumeur. M. Verneuil pense avec M. Richet que les polypes du rectum sont composés par les glandes tubériformes de cette région, d'où résulte un certain nombre de variétés; ils peuvent même être kysteux et ressembler à une grappe de groseille.

Amputations partielles du pied. — M. LARREY. A propos de la discussion sur les amputations partielles du pied, j'ai recherché ce qui avait été fait dans la campagne de Crimée, d'après les tableaux statistiques établis avec le plus grand soin par M. le médecin principal Chenu, et en attendant ceux que nous fournira la campagne d'Italie.

Or, voici ce qu'indique cette statistique, basée sur les documents officiels les plus exacts, et spécialement sur les pensions de retraite accordées par l'Etat :

Il y a eu 99 *amputations partielles du pied*,
Dont 84 figurent ci-après seulement;
15 sont comprises parmi les amputations doubles.

(Sur ces 84 amputations, 23 ont été faites à la suite de congélations.)

	Pensions.	*Morts.*	
Amputations primitives	17	26	
— consécutives	21	19	
— indéterminées	0	1	— 84
			TOTAL.
Amputations sous-astragaliennes	1	7	8
— médio-tarsiennes	8	3	11
— tarso-métatarsiennes	11	9	20
— de plusieurs métatarsiens	6	6	12
— d'un seul métatarsien	4	4	8
— de métatarsien dans la continuité	4	2	6
— indéterminées	4	15	19
	84		84

Il y a eu dans l'armée anglaise :
11 amputations partielles du pied, toutes primitives, dont :
7 *médio-tarsiennes*, — et 6 guérisons;
4 tarso-métatarsiennes et autant de guérisons.

Ce tableau, sans nous offrir les mêmes garanties d'exactitude que la statistique des amputations de l'armée française, me semble cepen-

dant devoir être apprécié, au point de vue surtout des résultats de l'amputation médio-tarsienne ou tarso-tarsienne, dont il a été question spécialement, et à laquelle M. Chassaignac accorde le plus d'avantages.

Cette amputation dite *de Chopart*, quoiqu'elle ait été indiquée et pratiquée avant lui (1), me laisse cependant des doutes sur sa valeur définitive, à part même la question secondaire de la section du tendon d'Achille.

Je ferai observer d'abord que sur les 20 amputés français, 9 ont succombé à une opération qui ne semble pas absolument grave par elle-même, puisque 11 autres y ont survécu. Mais ce n'est pas tout.

Il importe de savoir aussi que le titre *pension* n'est point synonyme de *guérison*, et s'applique d'une manière générale aux amputés survivants. En effet, parmi eux, si les uns peuvent être guéris, les autres ont souvent encore une plaie suppurante ou des ulcérations fistuleuses, ou bien une rétraction du lambeau, une difformité du moignon, si ce n'est une lésion persistante ou une altération consécutive des os; et de là peut-être les chances défavorables d'une amputation secondaire. J'insiste même sur ce point, non pour contester les succès relatifs de l'amputation tarso-tarsienne, puisque je m'empresse d'en communiquer de nouveaux, mais pour prémunir l'esprit des chirurgiens contre une interprétation exagérée des avantages définitifs de cette opération.

Je puis joindre à ces documents, si la Société le désire, le tableau des *désarticulations tibio-tarsiennes*, emprunté aussi à la statistique encore inédite de M. Chenu (2).

Désarticulations tibio-tarsiennes.

Primitives.		Consécutives.		Indéterminées.		
Pension.	Mort.	Pension.	Mort.	Pension.	Mort.	
12	9	3	8	2	2	— Total. 36

(Non compris les cas de gangrène par congélation, ou avec élimination totale du pied.)

Ce résultat, malheureux surtout pour les amputations consécutives,

(1) Par Hecquet (d'Abbeville) en 1746, par Lecat en 1752, et par Vigaroux, en 1764.

(2) L'impression en sera demandée au ministre de la guerre par le Conseil de santé.

se trouverait compensé par celui obtenu dans l'armée anglaise, qui compte :

12 désarticulations tibio-tarsiennes,
dont 9 primitives : 7 guérisons et 2 morts;
3 consécutives, suivies de guérison ;

si ce document, annexé à la statistique de M. Chenu, avait été recueilli d'après les mêmes recherches et avec une aussi exacte similitude, eu égard surtout à la pension de retraite, que l'on ne doit pas confondre avec la guérison proprement dite.

M. CHASSAIGNAC considère comme très-importants les renseignements qu'a bien voulu communiquer M. Larrey à la Société de chirurgie ; ils contiennent des détails précis, rares dans la plupart des statistiques. La pension est une base certaine, et tous les individus qui ont survécu sont venus la réclamer. Aussi M. Chassaignac, d'après ces faits, persiste-t-il à regarder l'amputation de Chopart comme une bonne opération, et moins dangereuse que la désarticulation sous-astragalienne.

M. MICHON insiste également sur l'importance des documents fournis par M. Larrey ; c'est une statistique qu'il qualifie de vraie, et les conclusions doivent en être exactes. Tous les individus qui ont servi à établir cette statistique se trouvaient dans les mêmes conditions, tandis qu'il n'en est point de même dans la plupart de celles que l'on a produites ; aussi, aux yeux de M. Michon, ont-elles moins d'importance. En effet, les nations sont différentes, les localités et les conditions dans lesquelles sont pratiquées les opérations ne sont plus les mêmes, ce qui doit amener de grandes perturbations dans les résultats. M. Michon fait remarquer que dans la statistique présentée par M. Larrey les amputations sous-astragaliennes n'ont pas été heureuses, puisqu'il y a eu 7 morts sur 8 opérés.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. TRÉLAT présente à la Société un malade atteint d'une tumeur du cou qui siége dans le corps thyroïde, et pour laquelle il désirerait avoir l'avis de la Société.

M. BROCA a cru reconnaître que la tumeur ne pouvait être que difficilement délimitée du côté de sa face profonde, qu'elle pénétrait loin. Elle menace la vie du malade, et cela dans un avenir qui peut être prochain. Malgré cela, M. Broca ne voudrait point y toucher. S'il se décidait cependant à tenter une opération, c'est à la méthode

de Mayor qu'il donnerait la préférence ; il ne lui paraît pas ici nécessaire d'enlever la totalité de la tumeur.

M. CHASSAIGNAC a vu des tumeurs à peu près semblables à celle que présente le malade de M. Trélat ; il les a toujours trouvées de nature cancéreuse, surtout quand, dans un temps aussi court, par leur progrès, elles menacent la vie des malades par strangulation. Au point de vue de la gravité, il est de l'avis de M. Broca, trois fois il a attaqué ces tumeurs, et il a perdu deux malades. M. Chassaignac croyait qu'à l'aide de l'écraseur il pourrait avoir quelques chances de guérison ; il n'a point eu, il est vrai, d'hémorrhagie immédiate, mais il s'est développé une inflammation profonde qui a fait périr ces opérés. La malade qui a guéri, et après avoir couru de grands dangers, avait une tumeur latérale qui entrait et sortait de la poitrine en passant sous la clavicule et le sternum. Malgré ce succès, M. Chassaignac est décidé à ne plus opérer ces tumeurs.

M. LARREY désirerait savoir si la tumeur, à son début, n'avait point pour origine les ganglions du cou. S'il en était ainsi, il ne serait point éloigné d'en conseiller l'extirpation ; mais s'il lui était démontré que c'est bien une tumeur du corps thyroïde, il n'opérerait pas.

M. TRÉLAT n'a pu obtenir de renseignements précis de son malade sur le siége primitif de la masse morbide ; mais il pense qu'il était dans le corps thyroïde, et donne en effet des raisons qui ne permettent guère de douter qu'il n'en ait été ainsi.

Le secrétaire annuel, HOUEL.

Séance du 3 *octobre* 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Broca rappelle à la Société qu'il y a environ un an il lui avait communiqué un cas de trépanation de l'humérus pour un abcès de cet os. Il a revu dernièrement le malade, qui, au bout de trois mois environ, était complétement guéri.

CORRESPONDANCE.

M. Bouvier fait hommage à la Société de son travail intitulé *De la nécrose phosphorée et de la prohibition des allumettes chimiques*. Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Artance, de Clermont-Ferrand, fait parvenir à la Société une observation intitulée *Abcès de l'intérieur de la poitrine; opération, guérison.* Clermont, 1860, in-8°.

— La Société a reçu en outre le *Traité de l'action thérapeutique du perchlorure de fer,* de M. Burin-Dubuisson; Paris, 1860, in-8°. Cet ouvrage a été couronné par l'Académie impériale de médecine.

— M. le président annonce à la Société que M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant, est présent à la séance.

RAPPORTS.

M. Giraldès, au nom d'une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Verneuil et lui, rend compte des travaux adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Azam, professeur à l'école préparatoire de médecine de Bordeaux.

Ces travaux comprennent quatre observations, dont voici l'intitulé :

1° *Tumeur fibro-plastique pédiculée du creux de l'aisselle.*

2° *Engouement herniaire vrai, réduction après dix jours de rétention du cours des matières.*

3° *Hyperostose avec ouverture tuberculeuse de la tête du péroné.*

4° *Embolie artérielle, gangrène spontanée de la jambe; amputation; mort.*

OBS. I. — **Tumeur fibro-plastique pédiculée du creux de l'aisselle. — Enorme développement. — Ecrasement linéaire. — Guérison.**

Marie B..., âgée de vingt-deux ans, journalière, de Bazas (Gironde), d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne santé habituelle, se présente à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 10 février 1860, pour y être délivrée d'une énorme tumeur qu'elle porte suspendue dans le creux axillaire droit.

Cette femme raconte qu'il y a environ deux ans, à la suite d'un panaris qui a laissé une déformation du médius de la main droite, il s'est développé dans l'aisselle du même côté une tumeur qui a acquis, sans le dépasser, le volume d'une noix ; cette tumeur, qui n'était très-probablement qu'un ganglion engorgée, est resté stationnaire pendant toute la durée d'une première grossesse, mais elle a complétement disparu pendant l'allaitement.

Puis Marie B... est devenue enceinte de nouveau, et vers le qua-

trième mois de sa grossesse, c'est-à-dire il y a environ six mois, une nouvelle tumeur s'est montrée dans la même région; cette tumeur a exactement le même siége que la première, mais elle s'est développée sans cause appréciable, sans douleur, sans changement de couleur à la peau. Contrairement à la précédente, elle a augmenté de volume avec rapidité, si bien que quatre mois après elle présentait la dimension considérable qu'elle a aujourd'hui.

Gênée dans son travail par le poids de cette masse plus que par les douleurs qu'elle y ressent, la malade est obligée de la suspendre à son épaule au moyen d'un bandage approprié. Enfin elle se décide à réclamer les soins d'un médecin.

Ce confrère lui ordonne le repos et fait appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients; un mois après, la peau de la partie inférieure se ramollit et s'ulcère, et ce travail morbide s'étend de proche en proche en remontant vers la partie supérieure; une suppuration sanieuse s'en écoule; des hémorrhagies apparaissent au moindre contact. En même temps, cette femme, jusqu'alors bien portante, maigrit avec rapidité.

Il y a environ un mois et demi, une hémorrhagie abondante a nécessité l'application d'un topique que je suppose être du perchlorure de fer. A cette époque, son médecin l'engage vivement à venir à Bordeaux pour se faire opérer; elle diffère ce voyage jusqu'après ses couches, qui ont eu lieu il y a un mois, et ce n'est qu'après une hémorrhagie abondante qui a mis ses jours en danger, que M. le docteur Dubacquier, appelé en dernier lieu, la décide à faire ce voyage; elle arrive à l'hôpital portant autour du pédicule de sa tumeur une ligature d'attente, que les personnes qui l'accompagnent doivent serrer à la première perte de sang.

Le jour de son entrée, la malade semble épuisée par les hémorrhagies et par la suppuration considérable qui s'écoule de sa tumeur ulcérée; son pouls est petit et fréquent, son teint d'une extrême pâleur, cependant il ne présente pas la teinte particulière de la cachexie cancéreuse.

La malade étant assise dans son lit, le bras droit écarté du tronc, on voit, appendue au creux axillaire, une tumeur pyriforme à base aplatie, dont les dimensions sont les suivantes : hauteur, 24 centimètres; circonférence du pédicule, 0,19; circonférence de la base, 0,40. Sa moitié supérieure, y compris ce pédicule, est recouverte d'une peau saine, mais épaisse, qui cesse brusquement, comme étranglée par un collet circulaire. Au-dessous de ce collet, c'st-à-dire dans

toute la moitié inférieure, apparaît à nu le tissu propre qui la constitue. Cette surface est d'un rouge vif, irrégulièrement mamelonnée ; elle saigne abondamment au moindre contact. La base de la tumeur est creusée par une large et profonde ulcération, et présente des parties sphacélées en voie d'élimination ; au dire de la malade, la tumeur a diminué notablement depuis un mois par ces éliminations successives.

Le tissu qui constitue cette masse est très-mou et donne au premier contact la sensation d'un lipome. Cependant, en le pressant fortement, il semble qu'on sente rouler entre les doigts des lobes arrondis situés dans ses profondeurs. Le pédicule est mou ; mais à son centre on reconnaît une sorte de corde fibreuse très-dense, de la grosseur du doigt, qui est le lieu de suspension de la tumeur ; celle-ci soulevée, on reconnaît que ce pédicule ne paraît pas avoir son point d'implantation sur les os. Il semble être formé par les plans fibreux de l'aisselle réunis et condensés. Il renferme deux artères dont les battements sont manifestes et dont le calibre égale celui de la temporale.

Il est un point sur lequel je reviendrai, c'est l'extrême vascularité de ce tissu, semblable à une éponge imprégnée de sang. Il saigne abondamment au moindre contact, et, nous l'avons dit plus haut, l'opération est devenue d'une nécessité absolue, vu l'état d'anémie de la malade.

Quoique la nécessité d'opérer fût évidente et indépendante du diagnostic précis de la maladie, il était de quelque intérêt, au point de vue de la théorie et de l'instruction des élèves, de préciser avant l'opération la nature d'une tumeur aussi considérable et si singulièrement placée. Plusieurs opinions présentant des apparences de vérité avaient été émises par les honorables confrères qui l'avaient vue. Voici les principales : Dégénérescence éléphantiasique de la peau ; lipome ; cancer encéphaloïde ramolli. Je ne reproduirai pas ici la discussion, après laquelle j'émis une autre opinion. Il me suffira de dire que l'existence d'un tissu lobulé dans le centre de la tumeur, son extrême vascularité, son siége, l'épaisseur peu considérable de la peau, éloignaient pour moi l'idée de l'éléphantiasis ; cette même vascularité, l'ulcération de la peau, la rapidité de développement et les masses lobulées présentant une certaine densité, et aussi le lieu d'implantation du pédicule, écartaient le lipome. Restait l'encéphaloïde, opinion la plus probable des trois, et qui, avant le microscope, eût été acceptée sans conteste. Ici, la forme pédiculée, très-rare pour le

cancer, qui d'habitude s'étend de proche en proche, l'âge de la malade, et surtout l'absence d'une infection qu'un cancer aussi largement ulcéré n'eût pas manqué d'amener, enfin l'état normal des ganglions voisins, m'empêchaient d'accepter cette idée.

Restait un ordre de tumeurs bien classé, bien défini, à exemples fréquents dans le jeune âge et l'âge adulte, tumeurs qui peuvent arriver à d'énormes dimensions sans infecter l'économie et en respectant les ganglions voisins de leur lieu de développement : je veux parler des tumeurs fibro-plastiques. Un seul caractère n'avait pas été observé, à ma connaissance, dans ce tissu : l'extrême vascularité; néanmoins, malgré la quantité de vaisseaux existants dans la tumeur, ce fut l'opinion à laquelle je me rattachai. Je supposai même que, vu sa mollesse, ce tissu fibro-plastique devait appartenir à la variété dite nucléaire. J'étais d'autre part guidé par mon souvenir, le meilleur des guides en pratique. En 1855 j'avais enlevé sur le mont de Vénus d'une femme une tumeur de la dimension et de la forme d'un petit œuf d'autruche, presque pédiculée, à ulcération très-large et datant de loin, sans que l'économie fût infectée et sans que les ganglions voisins fussent compromis. Or le microscope m'avait démontré sa nature fibro-plastique.

Cela établi, et l'écrasement linéaire me paraissant indiqué par la forme et l'extrême vascularité de la tumeur, je procédai à l'opération de la manière suivante :

La peau incisée circulairement, je la fais attirer en haut, puis je perce la base du pédicule aussi haut qu'il est possible, sans léser les vaisseaux, avec un gros trocart qui me sert à faire passer deux chaînes d'écraseur, et je fais marcher simultanément les deux instruments. Après vingt-cinq minutes de constriction, la tumeur se détache sans que la malade ait perdu d'autre sang que celui de l'incision cutanée. La plaie est réunie par des serre-fines et des bandelettes.

Anatomie pathologique. — Poids, 1 kilogr. 40 gr. — La tumeur étant divisée de haut en bas, je reconnais qu'elle a été enlevée en entier. En effet, son sommet est recouvert par un plan cellulo-fibreux, qui la limite supérieurement et qui laisse passer les deux artères qui la nourrissent et les tractus fibreux qui la supportent. Il paraît alors évident que son point d'origine est superficiel, et qu'il est dans les ganglions ou dans les plans fibreux de l'aisselle. Ces derniers, condensés par le poids, ont formé la partie la plus solide du pédicule.

Son tissu propre est d'un blanc rosé, et on distingue une grande quantité de lobes séparés par des plans cellulo-fibreux ; ces lobes, qui

varient de la dimension d'une orange à celle d'une noix, font saillie sur la coupe. La partie supérieure et centrale présente une certaine densité; la partie inférieure, au contraire, est plus molle, et, en certains points, transformée en tissu colloïde. Une grande quantité de sérosité limpide, qui n'est autre que le sérum du sang que contenait la masse, s'écoule de tous les points, et il est facile de reconnaître que la tumeur ne devait qu'à la quantité de sang dont elle était imprégnée son extrême mollesse. Privé de liquide par la pression, le tissu propre présente une résistance et une densité remarquables; par le raclage, on en obtient difficilement des particules, et il y a absence complète de suc.

Examen microscopique. — Le tissu le plus dense, pris à la partie supérieure de la tumeur, est constitué par des noyaux ovoïdes, transparents, à nucléoles brillants, très-petits; ils ont de 0,006 à 0,008mm de diamètre. A ces noyaux se joignent, mais en très-petit nombre, 3 ou 4 au plus par préparation, des cellules fibro-plastiques complètes, parfaitement caractérisées. Le tissu colloïde est formé par des mailles très-lâches de tissu fibrillaire, constitué par des fibres entrelacées, dans lesquelles on ne peut apercevoir de noyaux.

En résumé, dans les parties denses, le tissu fibro-plastique est à l'état nucléaire, avec quelques cellules fusiformes complètes. Dans les parties ramollies il est à l'état fibrillaire. Il m'a semblé que dans cette tumeur l'état fibrillaire était le degré le plus avancé de l'évolution fibro-plastique; on ne le rencontre du moins que dans les parties qui par leur ramollissement se rapprochent le plus de l'élimination spontanée par sphacèle.

Le surlendemain de l'opération, il est survenu un œdème considérable de la main et de l'avant-bras, qui nécessite l'enlèvement des bandelettes. La peau se rétracte en avant et en arrière, et la plaie présente une certaine largeur. — Pansement à plat.

Le septième jour, érysipèle de peu d'importance, qui dure quatre jours. Le travail de la cicatrisation marche lentement, mais d'une manière sûre. — Vin de quinquina, viande rôtie.

Le malade sort guéri le 7 avril. La cicatrisation est complète, et les forces reviennent.

Nous avons donc ici, dit M. le rapporteur, d'après le diagnostic de M. Azam, une tumeur fibro-plastique enlevée avec succès au moyen de l'écrasement linéaire. En lisant attentivement cette observation, un doute a traversé mon esprit touchant la nature même de cette tumeur.

Pour le chirurgien de Bordeaux, elle appartiendrait à la variété des

cancers fibro-plastiques ; il fonde son assertion sur l'examen anatomique et sur quelques données fournies par les investigations microscopiques, à savoir : la présence de noyaux ovoïdes, à nucléole brillant, très-petits, de 0,006 à 0,008, et quelques cellules fibro-plastiques.

Malgré ce résultat, je ne suis pas complétement converti à son opinion, et je crois qu'on peut se demander si la tumeur dont il est question n'appartiendrait pas plutôt à la classe des adénomes lymphatiques. A l'appui de cette manière de voir, j'invoquerai le siége et l'étiologie de cette production morbide. Il faut se rappeler que le mal a débuté par un engorgement des ganglions lymphatiques déterminé par un panaris ; qu'à la suite d'une seconde grossesse, une nouvelle tumeur ganglionnaire s'est montrée dans la même région, et que dans l'espace de quatre mois elle a atteint le volume qu'elle présentait lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Ces circonstances, réunies à la nature même du tissu de la tumeur, formée de lobules très-consistants séparés par des cloisons fibreuses, infiltrés de sérosité et faisant saillie à la coupe, ces circonstances réunies, dis-je, me font croire à l'existence d'une de ces hypertrophies ganglionnaires si bien décrites pour la première fois par notre collègue M. Verneuil (1), et sur lesquelles récemment Wendenlich (2) et Price (3) ont appelé l'attention des pathologistes.

Obs. II. — **Engouement herniaire vrai, réduction après dix jours de rètention du cours des matières.**

Un homme âgé de quarante ans, bien constitué, est entré le 30 août 1859 à l'hôpital de Bordeaux, pour une hernie dite étranglée.

Depuis l'âge de dix ans, ce malade est atteint de deux hernies inguinales qui l'obligent à porter un bandage ; celle du côté gauche atteint quelquefois un volume considérable ; d'habitude elle rentre sans difficulté ; depuis quelque temps cependant elle ne se réduisait pas facilement, sans que pourtant le malade en fût incommodé.

Le 28, le malade s'aperçoit en se levant que la hernie du côté gauche est sortie ; il essaye de la faire rentrer sans pouvoir y réussir, même après plusieurs tentatives renouvelées dans le bain. Dans la

(1) *Gazette hebd.*
(2) *Archiv. für phys.*, Heilkunde, B. II, 1858.
(3) *British med. journ.*, septembre 1860.

journée, la tumeur devint douloureuse ; il eut quelques coliques plus fortes pendant la nuit.

Un médecin appelé lui fait prendre un lavement et de la limonade purgative ; ces moyens ne produisent aucun effet.

D'après le rapport du malade, il n'y a pas eu de garde-robes depuis trois jours. Le soir, on pratique le taxis sans succès ; les douleurs augmentant, le ventre devenant plus douloureux, il se décide à entrer à l'hôpital.

Au moment de la visite, on est frappé de l'expression de souffrance du malade; le ventre, peu tendu, est douloureux; le pouls est régulier et normal; la tumeur herniaire, assez volumineuse, mesure 0,14 de hauteur et 0,32 de circonférence, y compris la racine; elle est dure, point douloureuse à la pression, d'une matité absolue; la peau n'est pas modifiée. Par une exploration, on reconnait qu'elle est formée d'une masse dure et bosselée; on constate qu'on a affaire à une entéro-épiplocèle renfermée dans un sac rempli de sérosité. Le taxis est pratiqué sans résultat. Frictions avec de la pommade belladonée, bain, lavement purgatif et 25 sangsues sur la tumeur.

Le lendemain, on constate une légère amélioration. Le taxis est pratiqué sans résultat.

Du 2 jusqu'au 5, même état; le ventre se ballonne de plus en plus.

Le 6, la nuit a été très-mauvaise; de l'anxiété, distension considérable de l'abdomen; les anses intestinales se dessinent à travers ces parois. La tumeur herniaire est plus molle.

Avant d'avoir recours à une opération, le chirurgien, persuadé qu'il a affaire à un engouement herniaire, se décide à essayer le taxis. Après dix minutes d'opération, l'intestin rentre en grande partie. Le malade est sorti guéri le 24 du même mois.

— J'ai résumé dans ce court exposé les points les plus importants de l'observation que M. Azam regarde comme un exemple de hernie engouée, c'est-à-dire d'un de ces accidents rares, contestés même par quelques chirurgiens. Si l'on cherche les preuves qui établissent que, dans le fait en question, on a réellement eu affaire à un engouement plutôt qu'à un étranglement, on n'y trouve aucune preuve plausible à l'appui de l'assertion du chirurgien de Bordeaux. Il est plus que probable que les accidents observés étaient produits par un étranglement lent, bien plutôt que par une accumulation de matières déterminant une gêne au libre cours des matières fécales. Dans cette conviction, nous sommes porté à croire qu'une intervention un peu plus

énergique dans les premiers jours aurait triomphé de ces accidents.

La temporisation dans ce cas, quoique suivie de succès, ne me paraît pas devoir être adoptée dans des cas analogues. En effet, on sait trop bien aujourd'hui qu'une longue temporisation est souvent fatale dans les hernies étranglées. Les relevés statistiques démontrent que la mortalité, après les opérations de hernie, est d'autant plus grande que l'opération a été plus tardivement pratiquée.

Obs. III. — **Hyperostose avec caverne tuberculeuse de la tête du péroné. — Résection.**

Guillaume D..., âgé de quarante ans, maçon, entre à l'hôpital, salle nº 11, le 14 septembre 1855. J'étais alors chargé du service en qualité de professeur suppléant.

Ce malade, d'un tempérament sanguin et d'une bonne santé habituelle, s'est aperçu, il y a environ douze ans, de l'existence d'une tumeur osseuse à la partie externe du genou droit. Cette tumeur, indolente d'habitude, était à des intervalles éloignés assez douloureuse. Après un an, les douleurs ont complétement cessé, mais la tumeur a continué de s'accroître.

En 1853, le malade s'est présenté à l'hôpital une première fois, mais il en est sorti peu de jours après, refusant une opération qu'on lui proposait.

Six mois après, un des points de la tumeur est devenu très-douloureux; la peau s'est enflammée, et il s'est fait spontanément une ouverture par laquelle il s'est écoulé une grande quantité de pus. Cette ouverture ne s'est pas refermée depuis.

A son entrée dans le service, D... est dans l'état suivant :

Peu d'amaigrissement, état général satisfaisant ; le quart supérieur du péroné du côté droit est remplacé par une tumeur régulièrement ovoïde, à grosse extrémité supérieure, qui dépasse en haut de 2 centimètres environ le niveau de l'articulation péronéo-tibiale.

Cette tumeur, régulière dans sa forme, est très-dure et très-dense. Sous la peau amincie qui la recouvre, on sent très-bien l'os qui la constitue, présentant de larges bosselures. A la partie postérieure et externe, on remarque un orifice ovalaire d'environ 2 centimètres dans son grand axe, qui donne accès dans une cavité profonde, et permet d'explorer presque tout le centre de la tumeur. Un stylet rencontre profondément des lames osseuses, qui se brisent avec la plus grande facilité. Des détritus osseux se rencontrent dans le pus infect qui s'en écoule. Ces manœuvres ne sont suivies d'aucun écoulement de sang.

Cette masse est peu mobile; cependant elle semble avoir quelque mobilité latérale.

Sur le point culminant de la tumeur, la circonférence de la jambe malade est de 0,46 centimètres; celle de la jambe saine, au même niveau, de 0,35.

Le malade est décidé à subir une opération pour être délivré de cette maladie, qui lui rend tout travail impossible.

La question de diagnostic était assez embarrassante. Que pouvait être cette tumeur osseuse, d'un développement si considérable relativement à l'os qu'elle avait pour base, à coque très-épaisse, presque régulière, dont on pouvait explorer la cavité, qui avait été presque toujours indolente pendant douze années, et qui aujourd'hui laissait échapper du pus ou une matière sanieuse infecte, sans écoulement sanguin d'aucune espèce? Je n'y reconnaissais aucune des formes connues du cancer des os ou de l'ostéite. L'idée d'un kyste hydatique ou autre me souriait davantage; mais j'étais embarrassé par ces lamelles osseuses, qui paraissaient s'entre-croiser dans sa cavité. Ce fut cependant l'opinion à laquelle je me rattachai, supposant un kyste à loges multiples, successivement vidées les unes dans les autres, et enfin au dehors, à la suite de l'inflammation de son contenu.

Je reconnais que l'idée d'une hyperostose tuberculeuse ne m'était pas venue.

Pour guérir cet homme, j'avais le choix entre deux opérations: l'amputation de la cuisse ou une opération qui compte très-peu d'exemples en chirurgie, la résection du tiers supérieur du péroné. La manière dont on pouvait circonscrire la tumeur, la parfaite intégrité de l'articulation tibio-fémorale et sa moins grande gravité relative me décidèrent en faveur de cette dernière.

Opération le 20 septembre. — Après avoir compris entre deux incisions courbes toute la portion de la peau qui paraît amincie, je dissèque la tumeur dans toute son étendue. Sur son point le plus culminant et au-dessous de l'orifice dont j'ai parlé, je rencontre le nerf sciatique poplité externe étalé en écharpe; ses éléments sont tellement aplatis et accolés au périoste, qu'il m'est impossible dans la dissection de les conserver tous; la partie inférieure seule de cette sorte d'éventail peut être conservée et repoussée en arrière. Cela fait, j'isole le péroné à environ 2 centimètres de la partie inférieure de la tumeur, et au moyen d'une forte aiguille courbe j'introduis la scie à chaîne dans l'espace interosseux. Le péroné scié, je le saisis avec un davier pour l'écarter du tibia et désarticuler la tête. Ici survient une

difficulté sérieuse ; la tumeur est adhérente au tibia, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il m'est possible d'introduire un levier entre eux pour rompre cette adhérence. Le péroné désarticulé, je reconnais que l'articulation péronéo-tibiale ne paraît pas communiquer avec l'articulation tibio-fémorale. Le malade a perdu peu de sang, mais l'opération a été longue, et il a beaucoup souffert. Je constate l'anesthésie de toute la partie externe de la jambe et du pied.

Le lendemain 21, les parties insensibles sont froides ; le malade va bien ; peu de fièvre ; chaleur artificielle sur le membre inférieur.

Les jours suivants, amélioration dans l'état local ; la suppuration s'établit, mais l'anesthésie persiste. Rien de particulier jusqu'au 28 ; ce jour-là, signes non douteux d'infection purulente, frisson biquotidien. Les jours suivants, teinte ictérique de la peau.

Mort le 4 octobre.

Autopsie 24 heures après la mort. — Abcès multiples sur la face convexe du foie ; tubercules miliaires dans le sommet du poumon droit.

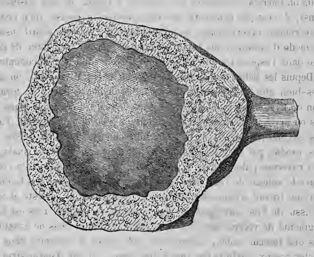
L'articulation tibio-fémorale est saine ; l'absence de communication avec l'articulation ouverte l'a préservée de l'inflammation.

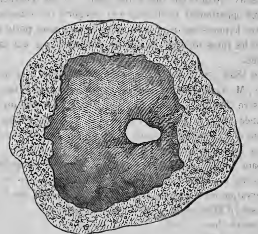
Anatomie pathologique (1). — Partagée en deux par un trait de scie, suivant son diamètre antéro-postérieur, la tumeur est constituée par une coque osseuse épaisse de 3 ou 4 centimètres, sauf quelques points qui paraissent amincis, surtout autour de l'orifice déjà décrit. Cette coque est formée par du tissu spongieux d'une densité moyenne ; elle est revêtue intérieurement d'une couche épaisse de plus d'un demi-centimètre, d'une matière blanchâtre, comme caséeuse, qui pénètre dans les anfractuosités, et qui contient un grand nombre de lamelles osseuses friables. La surface de cette couche de matière tuberculeuse est en pleine suppuration, et répand une odeur infecte. Il semble que la tête du péroné, hypertrophiée, ait été transformée en caverne tuberculeuse contenant un énorme tubercule enkysté aujourd'hui en voie d'élimination. La diaphyse de l'os n'a aucune communication avec cette cavité.

L'examen anatomique de cette tumeur semble confirmer le chirurgien dans l'opinion à laquelle il s'était d'abord arrêté, savoir, à l'existence d'un tubercule enkysté dans le tissu du péroné, ayant provo-

(1) J'ai présenté la pièce pathologique à la Société de chirurgie, au mois d'octobre 1855.

qué un travail inflammatoire il y a douze ans, travail qui est devenu l'origine d'une hypersécrétion osseuse qui a duré dix ans, sans que





l'élimination ait pu se faire ; c'est seulement après un si long intervalle que l'élimination spontanée a commencé. »

Cette théorie, à la faveur de laquelle M. Azam cherche à expliquer la formation de cette tumeur osseuse, a quelque chose de séduisant, mais on cherche vainement les preuves à l'appui de son assertion. Ainsi, il n'est pas démontré que cette matière caséeuse, qu'il considère comme tuberculeuse, le soit réellement; si l'on a égard ensuite au mode d'évolution des tubercules des os, on est bien forcé de dire que dans l'espèce les choses sont loin d'avoir suivi la voie commune.

Depuis les belles recherches de Delpech et de M. Richet, on sait très-bien que les tubercules des os ne donnent pas lieu à la formation de kystes osseux analogues à ceux dont il est question. Dans les cas où le dépôt de matière tuberculeuse a précédé la formation d'abcès circonscrit des os, la matière tuberculeuse, ramollie, mêlée au pus produit par le travail d'élimination, forme une caverne analogue aux cavernes pulmonaires, et une cavité plus grande que ne le comporte le volume de l'os. Mais comme ces cavités ne sont pas formées par son travail d'expansion des parois osseuses, le périoste et tout le tissu de l'os participent à cette nouvelle formation. L'os est bien augmenté de volume dans une très-grande étendue, mais ne constitue pas une tumeur isolée, circonscrite, telle qu'on la rencontre dans les kystes osseux produits par une autre cause. Au lieu d'enregistrer ce fait comme appartenant réellement à la catégorie des tubercules enkystés avec hyperostose des parois, nous serions assez porté à le ranger parmi les rares tumeurs analogues produites par une cause indéterminée.

Déjà en 1855, en présentant la pièce pathologique à la Société de chirurgie, M. Azam l'avait considérée comme d'origine tuberculeuse; c'est sous ce titre qu'elle se trouve inscrite à la page 220 du *Bulletin* pour l'année 1855. Il nous avait alors promis de rapprocher ce fait intéressant de cas analogues épars dans les annales de l'art. Nous regrettons que le professeur de Bordeaux n'ait pas donné suite à ce projet. Sans vouloir combler cette lacune, et au risque même d'encourir des reproches de la part de quelques chirurgiens, je vais rapprocher de l'observation de M. Azam un cas analogue, observé par le professeur Russel (d'Edimbourg). Il s'agit d'un abcès énorme de la tête du tibia, observé chez un marin âgé de trente et un ans, amputé à l'infirmerie royale d'Edimbourg en 1818. Chez ce malade, la partie supérieure du tibia formait une tumeur énorme, creusée d'une large caverne pouvant contenir 16 onces de pus. Cette cavité communiquait au dehors par une large ouverture d'un pouce de diamètre, que le malade fermait au moyen d'un bouchon de bois, qu'il avait soin d'en-

lever toutes les fois que l'accumulation du pus occasionnait des douleurs. La pièce pathologique se trouve au Musée du Collége des chirurgiens d'Edimbourg, et le dessin de cette curieuse préparation dans l'*Atlas des maladies des os*, par M. Stanley.

La quatrième observation de M. Azam se rapporte à un cas de gangrène du membre inférieur par embolie artérielle.

On sait aujourd'hui, depuis les intéressantes recherches de Virchow (*Arch. für path. anat. und physiol*, 1847) sur l'artérite, recherches, il faut le dire, précédées de faits intéressants observés avant lui, entre autres par M. Alibert (*Thèse de Paris*, 1828) en 1827, par M. François (*Essai sur la gangrène spontanée*, 1832), etc., que beaucoup de cas de gangrène reconnaissent pour cause une oblitération de l'artère par un caillot sanguin. L'observation de M. Azam est un fait de plus à ajouter aux nombreuses observations sur le même sujet.

Les travaux dont nous vénons de vous faire une exposition sommaire, placés à côté d'autres adressés précédemment par M. Azam à la Société de chirurgie, recommandent honorablement ce professeur aux suffrages de la Compagnie. Nous croyons que la Société fera acte de bonne justice en inscrivant honorablement son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. En conséquence, votre commission vous propose :

1° De remercier M. Azam de son intéressante communication ;

2° D'insérer dans vos *Bulletins* les observations I et III, en faisant suivre cette dernière du dessin de la pièce pathologique ;

3° D'inscrire honorablement le nom de M. le docteur Azam sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions de la commission sont adoptées à l'unanimité et sans discussion.

COMMUNICATION.

Luxation congénitale du fémur. — M. BOUVIER. La luxation native du fémur, quoique mentionnée par Hippocrate, n'est pour ainsi dire connue que d'hier, depuis que Palletta en a fait le sujet d'un savant mémoire, et surtout depuis que Dupuytren a fait connaître cette infirmité dans ses brillantes leçons. Deux points principaux ont vivement préoccupé les esprits : l'étiologie de la luxation et sa curabilité.

L'étiologie a été déduite tantôt d'un vice du développement embryonnaire qui laisserait le fémur dès l'origine hors de la cavité cotyloïde, tantôt d'une affection intra-utérine et d'une vraie luxation arrivée dans l'utérus, soit subitement, soit lentement, par l'effet d'une

lésion musculaire ou d'une sorte de coxalgie accompagnée d'épanchement articulaire, d'hydrarthrose.

Quant à la curabilité, on a tenté de l'établir par de nombreux essais. Le résultat en est connu; il n'existe pas aujourd'hui un seul cas incontestable, authentique, de réduction de cette luxation. En sera-t-il toujours de même? Je l'ignore; mais, quelque sort que l'avenir réserve à de nouvelles tentatives, il me paraît utile de rechercher dans l'occasion les conditions anatomiques que présente à ce point de vue cette *malformation,* suivant l'expression de Pravaz.

Un petit garçon de neuf ans et demi, emporté par une tuberculisation générale, avait en outre deux luxations fémorales congénitales. Je place l'une d'elles sous les yeux de la Société.

Avant de disséquer le membre, je l'ai soumis à de fortes tractions; le fémur est resté immobile, ou est à peine descendu de quelques millimètres. Même fixité quand on l'a repoussé de bas en haut. La cuisse a été fléchie, puis portée subitement dans l'abduction; l'os n'a pas changé de position. Plaçant alors le membre dans la flexion, l'adduction forcées, et dans la rotation en dehors, j'ai cherché à ramener l'extrémité supérieure du fémur en dedans; elle s'est légèrement déplacée en produisant un frottement qui se renouvelait lorsque, abandonnée à elle-même, elle revenait à sa première situation. On eût dit qu'elle franchissait alternativement en sens contraire un rebord osseux.

La dissection a fait voir que la tête du fémur était placée en haut et en dehors très-près du cotyle, et encore continue avec celui-ci, dans l'intérieur du ligament capsulaire distendu et allongé. Une petite surface concave de l'os iliaque répondait à une portion de cette tête coiffée de la capsule, qui avait conservé ses attaches, et qui se trouvait ainsi en partie interposée entre les deux os. Un feuillet fibreux assez fort, détaché comme par une sorte de dédoublement de la face externe de la capsule, la fixait au bord supérieur de la facette iliaque, rudiment de cavité nouvelle. Retenue par cette insertion, resserrée en avant et tendue au-devant de la cavité cotyloïde, la capsule opposait une résistance insurmontable à tout effort agissant parallèlement à l'axe du corps. Elle se relâchait en avant quand on exagérait la flexion et l'adduction à un degré impossible pendant la vie, et ce n'est que dans cette attitude extrême que l'on pouvait ramener la tête fémorale vis-à-vis du cotyle.

Une section du ligament capsulaire, sur la pièce, a mis à nu le lieu abandonné par la tête du fémur. On y voit la cavité cotyloïde sensi-

blement rétrécie, devenue triangulaire et moins profonde ; le paquet graisseux synovial en tapisse presque tout le fond. Le ligament interne allongé a conservé ses attaches et sa forme ordinaires. Le bord externe du cotyle, qui sépare sa cavité du lieu occupé par la tête, est émoussé, arrondi, et présente une surface lisse due à la synoviale qui le revêt. La tête du fémur est un peu aplatie, mais encore trop volumineuse pour être reçue dans la cavité cotyloïde de manière à y demeurer dans une situation fixe.

Au point de vue de l'étiologie, l'examen de cette pièce montre bien qu'il n'y a pas eu de luxation subite ou traumatique, parce que dans ce cas les ligaments sont déchirés et non allongés ; mais cette sorte de relâchement de l'appareil ligamenteux peut être aussi bien une conformation originelle qu'une disposition acquise pendant la vie intra-utérine par suite d'une affection articulaire.

Des conséquences assez importantes découlent de ce fait relativement à la réductibilité de ces luxations.

On voit d'abord que les tractions longitudinales, souvent mises en usage, ne peuvent avoir d'effet utile ; qu'il en est de même des procédés fondés sur l'abduction et la flexion du membre. La seule manœuvre qui permettrait de changer la situation de l'os semble impraticable sur le vivant ; en fût-il autrement, le fémur n'en reprendrait pas moins sa position vicieuse dès que le membre reviendrait à la rectitude. Enfin, supposé même qu'on pût le retenir pendant l'extension du membre, ce ne serait pas encore là une réduction, car la tête de l'os manquerait de point d'appui sur une cavité superficielle et déformée ; le moindre glissement la ferait rentrer dans la poche vide de la capsule toute prête à la recevoir. L'idée de *tarauder* la cavité, comme le disait Pravaz, de la creuser par des mouvements, par des pressions répétées du fémur, est plus ingénieuse que pratique.

M. DEPAUL, sans contester la congénialité de cette luxation, désirerait savoir de M. Bouvier sur quelle preuve il s'appuie pour le démontrer. Il aurait aussi désiré trouver dans la communication quelques renseignements sur l'état du bassin.

M. BOUVIER dit que, relativement au bassin, il ne peut donner tous les détails que pourrait désirer M. Depaul, les circonstances dans lesquelles a été pratiquée l'autopsie ne lui ayant point permis de faire un examen complet de cette partie. Seulement ce qu'il peut dire, c'est qu'il n'y avait aucun vice de conformation assez notable pour frapper l'observateur.

Quant à la preuve de la congénialité de la luxation, M. Bouvier

fait observer que cette importante question est admise plutôt sur des présomptions que par une démonstration rigoureuse. Dans une autre enceinte, un éminent chirurgien de la capitale, allant plus loin que M. Depaul, a dit que l'on ne savait point si ces luxations existaient au moment de la naissance, et dans son remarquable *Traité des luxations*, il nie même qu'elles soient congénitales dans l'acception rigoureuse du mot. M. Bouvier n'a point vu à la naissance l'enfant dont il s'agit aujourd'hui. Mais les présomptions qui militent en faveur de la luxation congénitale sont les suivantes :

1° La luxation était double, caractère qui a bien une certaine importance, surtout à cet âge ;

2° L'enfant a boité dès qu'il a essayé de marcher, et au dire des parents, il dandinait comme à l'époque à laquelle M. Bouvier l'a examiné ;

3° Il n'a point eu d'accidents qui puissent expliquer l'existence d'une luxation traumatique, et il n'y a eu aucun signe de maladie de cette articulation.

Un supplément de preuve se tire encore de la disposition de la capsule articulaire, qui est allongée pour permettre à la tête de se déplacer, tout en conservant néanmoins ses insertions normales, et de l'allongement du ligament rond.

Sur le vivant, on ne peut avoir d'autres preuves que des présomptions.

M. Bouvier a vu dernièrement un jeune homme qu'au premier coup d'œil il avait jugé aussi être atteint d'une luxation congénitale ; mais une interrogation plus complète des parents lui ayant permis de s'assurer que cet enfant avait bien marché pendant quelque temps, et que c'est à la suite d'un accident de traction violente sur ce membre que la claudication et la déformation se sont manifestées, il n'a point hésité à revenir sur sa première opinion, et à ne plus considérer cette luxation comme congénitale ; il admet donc la possibilité de luxations traumatiques accidentelles dans le jeune âge, qu'il importe de distinguer de celles qui sont congénitales.

COMMUNICATION.

M. LIZÉ, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans, candidat au titre de membre correspondant, communique à la Société l'observation suivante :

Alphonsine D..., âgée de dix-sept ans, primipare, d'un tempérament robuste, accouche le 17 septembre d'un garçon en première position du sommet, après quatre jours d'un travail extrêmement pé-

nible. Pendant ce laps de temps, cette fille, très-impressionnable, n'a cessé de pousser des cris de plus en plus violents.

Dans la soirée du 17 septembre, mon attention fut attirée vers l'état du cou, devenu très-gonflé du côté droit.

Un changement si brusquement survenu dans la région cervicale avait évidemment pris naissance au milieu du travail, car je m'étais assuré que le cou de la fille Alphonsine D... avait une grosseur ordinaire avant l'explosion des douleurs.

Voici ce que je constate :

Sur le côté droit du cou règne une tumeur du volume du poing au moins, allant de la moitié interne de la clavicule jusqu'à l'angle de la mâchoire correspondant. Elle est piriforme, rénitente, élastique; elle cède sous le doigt, mais sans diminuer de grosseur. Une forte pression n'y détermine aucune douleur, et la percussion ne fournit point ce son mat propre aux tumeurs solides, mais bien une sonorité tympanique. La respiration et la déglutition se font librement.

Cette tumeur augmente de volume et est fortement tendue quand la fille D... pousse des cris.

On n'observe rien de semblable du côté gauche.

Le 19, la tumeur est diminuée au point de s'élever seulement à la moitié du cou; et le 26, jour du départ de la fille D... de la Maternité, la région cervicale a presque repris son état normal.

Les caractères physiques de cette tumeur, son apparition brusque au milieu du travail de l'accouchement, sa disparition rapide, font croire à l'existence d'une extravasation aérienne dans le tissu cellulaire du cou. En effet, il est rationnel d'admettre que, dans les expirations très-énergiques provoquées par les cris répétés, l'air chassé avec violence aura produit une rupture de quelques vésicules au sommet du poumon droit, ou bien qu'il se sera frayé un passage à travers certains éraillements de la trachée pour venir s'enkyster dans le tissu cellulaire du cou.

Cet accident, que je rencontre pour la première fois, se rapproche de ce que les auteurs appellent *goître emphysémateux*. Il n'est pas grave en lui-même et disparaît ordinairement par la simple expectation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Arrachement partiel du doigt indicateur et de la totalité du tendon du fléchisseur profond. — M. LARREY présente un nouvel exemple d'arrachement d'un doigt par la bride d'un cheval. Ce fait,

comparable à ceux qui ont été publiés autrefois par Recolin et Morand (1), par Larrey (2) ensuite, qui en a indiqué le mécanisme d'après plusieurs cas, rappelle aussi les mutilations analogues produites par des morsures de cheval ou par d'autres causes, et signalées soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de chirurgie. Ce fait est semblable enfin à celui que M. H. Larrey (3) avait communiqué en 1852 à la Société.

Voici l'extrait de l'observation qui lui a été adressée, avec la pièce pathologique, par le docteur Krüg-Basse, aide-major au 5e dragons :

Un soldat de ce régiment allait attacher son cheval à l'anneau de pansage, après avoir enroulé la bride autour de l'extrémité de son doigt indicateur gauche, lorsqu'il le sentit arraché brusquement par un effort subit de l'animal effrayé. La troisième phalange, totalement séparée du doigt avec le tendon entier du fléchisseur profond, était tombée à terre, par un effet si rapide, que le cavalier ne put s'en rendre compte. Il ramassa le bout de son doigt et se rendit à l'infirmerie.

La mutilation ne fut suivie d'aucune hémorrhagie et ne provoqua une légère douleur que dans les mouvements de flexion sur le trajet du tendon arraché. La plaie du tégument, presque aussi nette que si elle eût été produite par une amputation ovalaire, laissait cependant à nu la deuxième phalange, dont le médecin-major, M. Songy, crut devoir faire la désarticulation. Il ménagea un petit lambeau qu'il eut soin de fixer sur l'extrémité béante de la gaîne tendineuse, et afin de la préserver de l'inflammation au contact de l'air et du pus, il appliqua sur son trajet une compresse graduée maintenue par un appareil contentif.

Nul accident ne survint, et, après une faible suppuration, des bourgeons charnus formés à la surface de la plaie en amenèrent la cicatrisation définitive au bout d'un mois. L'accident avait eu lieu le 30 mai 1857. Un repos prolongé de la main empêcha l'ulcération de la cicatrice, et les mouvements de flexion de la première phalange sur le métacarpien correspondant reprirent bientôt leur action.

Quant à la phalange arrachée avec son tendon, elle offre encore aujourd'hui la section régulière de l'appendice digital dont la peau dépasse la phalange en formant un cône creux, au fond duquel on

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie,* t. II, 1769.
(2) *Clinique chirurgicale,* t. Ier, 1829.
(3) *Bulletin de la Société de chirurgie,* t. II, 1852.

voit la surface articulaire. Le tendon fléchisseur a 33 centimètres de longueur ; il est entièrement lisse dans ses deux tiers inférieurs, et bordé en haut de fibres musculaires rompues à quelques millimètres de leur insertion.

La pièce anatomique est déposée au musée du Val-de-Grâce.

M. VELPEAU a vu il y a deux mois environ, à l'hôpital de la Charité, un enfant qui a eu le pouce arraché, et il n'est également survenu aucun accident ; la cicatrisation de la plaie a même été assez rapide.

M. HUGUIER, qui a présenté à la Société un certain nombre de ces arrachements de doigts, et dont les pièces sont déposées dans le musée Dupuytren, a eu dernièrement l'occasion d'observer l'arrachement d'un pouce avec ses tendons extenseurs et fléchisseurs. C'était également un cheval qui avait produit la lésion ; il tenait le doigt dans sa bouche, et d'un violent coup de tête il en produisit l'arrachement.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société une pièce anatomique relative à un cancer de la langue, et à cette occasion il insiste sur un point intéressant de l'évolution des tumeurs cancéreuses en général, à savoir : leur augmentation quelquefois rapide de volume. Cette augmentation reconnaît pour cause soit des épanchements sanguins à l'intérieur de la masse morbide, soit des bouffées inflammatoires qui changent complétement l'aspect de la tumeur. C'est sur cette dernière cause que M. Chassaignac désire aujourd'hui attirer l'attention des membres de la Société.

Un homme lui a été dernièrement adressé à l'hôpital de Lariboisière porteur d'un cancer de la langue. Lorsque M. Chassaignac a examiné cette tumeur pour la première fois, il lui a été impossible de la délimiter ; elle remplissait la totalité de la bouche, et il lui parut que toute opération était désormais impossible.

Une hémorrhagie se manifesta dans la nuit, et de la glace ayant été maintenue constamment dans la bouche, la langue, au bout de quelques jours, avait notablement diminué. Les conditions n'étant plus les mêmes, les limites du cancer étant devenues appréciables, M. Chassaignac se décida à pratiquer, à l'aide de l'écraseur, l'ablation du cancer. L'opération a duré une heure ; le malade n'a point perdu de sang, et l'on peut voir sur la pièce que toute la portion de langue dégénérée a été enlevée.

M. GUERSANT. L'observation qu'a rapportée M. Chassaignac vient à l'appui de l'opinion qu'émettait souvent Lisfranc dans sa clinique ;

il voulait qu'avant de se décider à l'opération d'un cancer on fît au pourtour de la tumeur des applications de sangsues destinées à faire disparaître tous les phénomènes appartenant à l'inflammation, ce qui permettait de mieux circonscrire la lésion.

COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC communique à la Société un fait intéressant existant actuellement dans son service. Il s'agit d'un malade qui est atteint d'une luxation du cristallin qu'il produit à volonté. Il existe une paralysie de l'iris, et le malade a la possibilité de faire passer son cristallin dans l'une ou l'autre des deux chambres, et, malgré cela, cette lentille a conservé une transparence complète.

M. LARREY rappelle qu'il y a quelques années il a présenté à la Société un enfant atteint également d'une luxation du cristallin, et qui se produisait comme dans le fait rapporté par M. Chassaignac. Ce n'est que trois ou quatre ans après que le cristallin est devenu opaque. Ces faits sont assez rares.

Le secrétaire, HOUEL.

Séance du 10 octobre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Dambre, de Courtrai, qui renouvelle sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

M. Dambre fait hommage à la Société du deuxième volume de son *Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine*. Gand, 1860, in-8°.

2° La thèse de M. d'Andrade, intitulée : *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain, modifié par M. Bozeman*. Paris, 1860, in-4°.

3° Le docteur A. Fournier adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *De la contagion syphilitique*. Paris, 1860, in-4°.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Goyrand (d'Aix) et Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

Extraction des corps étrangers articulaires. — M. LARREY demande à la Société la permission de lui communiquer une lettre qu'il vient de recevoir d'un chirurgien américain, M. X..., sur une question assez délicate de responsabilité chirurgicale.

Il s'agit de l'*extraction d'un cartilage mobile de l'articulation du genou*. L'opération, pratiquée il y a deux ans, a eu pour résultat l'ankylose. Le malade intente contre le chirurgien une action en dommages-intérêts, et soutient devant le tribunal les deux propositions suivantes, traduites textuellement :

» 1° Les dangers inhérents à l'opération sont si grands, qu'aucun chirurgien n'est justifié de la pratiquer, lors même que le patient pourrait souhaiter qu'elle fût faite ;

» 2° Dans le cas particulier, le chirurgien n'a pas réussi dans ce qu'il avait entrepris d'accomplir. Il n'a pas extrait le faux cartilage, mais quelque autre cartilage ou substance essentielle à l'intégrité de l'articulation. »

Afin de réfuter ces assertions mal fondées, l'avocat de l'opérateur lui conseille de rassembler, pour les mettre sous les yeux du jury, le plus grand nombre possible de ces faux cartilages, provenant soit de l'Amérique, soit de l'Europe. L'obligeance de quelques-uns des compatriotes de M. X... lui a déjà procuré cinq de ces cartilages détachés. Il a écrit en Angleterre et en Allemagne pour en obtenir également.

M. X... me demande enfin, ajoute M. Larrey, de lui envoyer aussi de ces corps étrangers avec ma réponse à sa lettre, en lui indiquant les opérations pratiquées par mon père, et les résultats des faits que je pourrais connaître sur ce sujet.

Mais avant de répondre, sous toutes réserves, au confrère qui ne m'a point autorisé à dire son nom, j'ai cru devoir donner connaissance de sa lettre à mes honorables collègues. Ils apprécieront sans doute comme moi l'insuffisance des renseignements sur le fait en question, à savoir : les points essentiels de l'observation clinique, le diagnostic précis, et les caractères anatomiques du corps étranger, les circonstances spéciales de l'opération, et le développement de l'ankylose secondaire.

COMMUNICATION.

M. GOYRAND lit un travail sur le décollement de l'épiphyse de l'extrémité inférieure du radius.

Il y a quelques années (1848) je publiai dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris un fait de décollement de l'épiphyse inférieure du radius, et, à cette occasion, je cherchai à établir le diagnostic différentiel de cette lésion et de la fracture de l'extrémité inférieure de l'os. Je trouvai, en effet, des signes tranchés. J'attachais quelque importance à ce diagnostic, mais le rédacteur de la *Revue*, M. le professeur Malgaigne, fit ses réserves sur ce point, et, sans entrer dans une discussion de détail, renvoya le lecteur à son *Traité des fractures*, où les questions, disait-il, avaient été discutées ; or, voyez ce livre, vous y trouverez que le diagnostic différentiel ne peut être établi ; que le jeune âge peut seul faire présumer l'existence du décollement de l'épiphyse chez les sujets âgés de moins de vingt ans.

J'appelle de ce jugement, et la Société de chirurgie est le tribunal le plus compétent auquel je puisse m'adresser.

Je possède aujourd'hui un nouveau fait que j'ai étudié avec grand soin, à cause du litige ; je vais vous en exposer les détails ; nous rapprocherons de ce fait les traits principaux de celui qui me donna occasion d'écrire mon premier mémoire, et nous verrons ensemble s'il n'est pas possible d'établir le diagnostic sur ces données.

Obs. Ire. — Le jeune Albert D..., âgé de dix-sept ans, brun, vigoureux, bien portant, se livrant aux exercices du trapèze, fait une chute dans laquelle il porte sur sa main droite.

Il ressent au poignet une vive douleur, et on reconnaît qu'il existe dans cette partie une grande déformation. Arrivé chez le blessé une heure après l'accident, je trouve au poignet droit une lésion qu'un examen superficiel pourrait bien faire prendre pour une luxation.

En effet, la main est fortement portée en arrière de l'axe de l'avant-bras ; le radius présente en avant, au-dessus de la main déplacée, une saillie transversale rectiligne qui soulève fortement la peau et les tendons fléchisseurs. Le déplacement, très-voisin de l'articulation, paraît plus étendu vers le bord radial du membre que du côté du cubitus. Ce dernier os est intact.

Convaincu de l'excessive rareté de la luxation du poignet, j'étudie avec beaucoup d'attention l'état des parties, et je note que l'apophyse styloïde du radius a conservé ses rapports normaux avec la main, et, bien que le fragment qui surmonte le carpe ait très-peu de hauteur, je puis, en le fixant, imprimer à l'articulation du poignet des mouvements qui sont faciles et s'exécutent sans douleur. La pièce formée par la main et l'extrémité inférieure du radius est inclinée vers la face dorsale du membre ; elle n'a pas de fixité. Je la renverse plus

fortement en arrière, en poussant la main dans ce sens, et dans ce mouvement je ne détermine aucune crépitation.

L'inclinaison de la main et de la pièce du radius, qui la surmonte vers la face dorsale de l'avant-bras, déguise l'angle que pourrait former en arrière l'épiphyse radiale décollée; la couche adipeuse, qui double la peau, contribue aussi à masquer cette saillie anguleuse.

Ainsi, pas de luxation ; la lésion à laquelle j'ai affaire est forcément une solution de continuité ayant son siége dans le radius, très-près du poignet. Mais cette solution de continuité est tout à fait transversale, elle est bien plus près de l'articulation que n'est jamais la fracture. D'ailleurs, dans la fracture transversale, il y a ordinairement pénétration réciproque des fragments, et, par suite, fixité du fragment inférieur ; et, ici, la portion du radius qui surmonte la main suit très-librement celle-ci dans les mouvements qui lui sont imprimés. Supposé que le fragment inférieur ne fût pas enclavé et fixé, dans un cas de fracture il ne pourrait se mouvoir sur le fragment supérieur sans que la crépitation se fît sentir ; or, ici, il n'en existait pas. En deux mots, la mobilité de la pièce du radius surmontant le carpe, l'absence de toute crépitation, malgré cette mobilité et l'âge du sujet, suffisent pour me faire diagnostiquer le décollement de l'épiphyse.

Il n'y avait point encore de gonflement.

Je confie la contre-extension à un aide, et faisant moi-même l'extension, je rétablis à l'instant la bonne conformation du membre. La réduction se fait sans crépitation ni claquement. Les rapports normaux rétablis, je laisse le membre libre, et je constate que le déplacement n'a aucune tendance à se reproduire.

J'applique un simple appareil, consistant en deux attelles de carton placées sur les faces dorsale et palmaire de la moitié inférieure de l'avant-bras et des régions carpienne et métacarpienne de la main, séparées du membre par des compresses assez épaisses et fixées par une bande.

Cela se passait le 21 août 1858.

Le lendemain, pas de douleur. Je remplace les attelles de carton par des éclisses de bois.

Je renouvelle l'appareil le 27 août et le 5 septembre. Le 14, je le remplace par un bandage roulé. Le 21, le jeune homme se sert de sa main depuis plusieurs jours, bien qu'il ait encore la bande. Il a déjà écrit et dessiné. Je supprime l'appareil.

Le 26, usage parfait du membre. Pas d'autre trace de la lésion

qu'un peu d'amaigrissement de l'avant-bras et de la main, et un peu d'engourdissement au petit doigt. Ce sont là des effets de la compression exercée par l'appareil.

Je rapproche de l'observation qu'on vient de lire celle que je publiai en 1848 ; on verra combien les deux faits ont entre eux de ressemblance.

Obs. II. — Un garçon de quinze ans et demi fait une chute dans laquelle il porte les deux mains en avant. Quand il se relève, il a le poignet gauche très-douloureux et déformé comme dans les fractures transversales de l'extrémité inférieure du radius avec pénétration réciproque des fragments ; poignets renversés en arrière ; axes de l'avant-bras, du poignet et de la main faisant le Z ; tendons des radiaux externes soulevés sur la solution de continuité ; saillie transversale en ligne droite, égale et très-prononcée, de l'extrémité inférieure du fragment supérieur en avant. On distingue le bord à travers et entre les tendons fléchisseurs. En arrière, existe au niveau de la solution de continuité une dépression transversale formant un angle rentrant. Le bord du fragment inférieur, un peu relevé et renversé vers la face dorsale du fragment supérieur, ne fait pas une saillie distincte, comme le bord antérieur du fragment supérieur.

Les mouvements en arrière et en avant que je communique à la main sont suivis par le fragment inférieur, qui se renverse davantage en arrière ou se porte en avant avec cette partie ; il n'y a pas de crépitation.

Je fais faire l'extension sur la main, tandis que l'avant-bras, demi-fléchi, est fixé par un autre aide, et je pousse les deux fragments l'un vers l'autre. La réduction s'opère parfaitement, sans crépitation ni claquement. La réduction faite, on laisse aller la main. La réduction reste parfaite.

L'appareil se compose de deux petites attelles, dont la dorsale s'étend sur la région métacarpienne, et la palmaire s'arrête au-dessus du talon de la main. Ces attelles sont séparées du membre par des compresses plusieurs fois repliées, formant des coussinets non gradués, et fixés par quelques tours de bandes.

L'appareil est renouvelé le troisième jour, le sixième et le quinzième, et enlevé le vingtième. A cette époque, il ne restait aucune trace de l'accident.

D'après ces deux faits, dont les symptômes sont si caractéristiques, nous pourrons établir un diagnostic positif du décollement de l'épiphyse inférieure du radius.

D'abord, le décollement et la fracture de l'extrémité inférieure du radius se distingueront de la luxation du poignet, lésion excessivement rare, comme on sait, par les rapports de l'apophyse styloïde du radius avec la main. Dans les deux premières, cette apophyse est déviée de l'axe de l'avant-bras et conserve ses rapports avec la main, tandis que dans la luxation elle perdrait ses rapports normaux avec le carpe et resterait sur la ligne du radius.

Quant aux différences qui distinguent la fracture du décollement, je vais tâcher de les faire ressortir, en comparant les deux lésions sous le rapport des causes, des symptômes, du pronostic et du traitement.

ETIOLOGIE. — *Prédispositions.* — Le décollement de l'épiphyse n'est possible que dans l'enfance et l'adolescence, tandis que la fracture possible à tout âge est rare dans l'enfance, plus commune dans l'âge adulte, bien plus encore dans la vieillesse.

Causes déterminantes. — Pas de différence notable, sous ce rapport, entre les deux lésions. La chute sur le poignet est la cause occasionnelle la plus ordinaire de l'une et de l'autre.

Symptômes. — 1° La solution de continuité est très-rapprochée de l'articulation (à 3 ou 4 millimètres) dans le décollement de l'épiphyse, tandis qu'elle est à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres au-dessus de l'article dans la fracture.

2° Dans la fracture transversale, la seule qui puisse être confondue avec le décollement de l'épiphyse, les deux fragments sont plus ou moins enclavés l'un dans l'autre, et l'inférieur n'est nullement mobile sur le supérieur, de telle manière que si on imprime à la main des mouvements en arrière ou en avant, ces mouvements se passent dans l'articulation du poignet ; tandis que dans le décollement de l'épiphyse, si on communique des mouvements à la main, on peut constater que l'épiphyse se meut avec elle.

3° Dans les mouvements communiqués à la main surmontée de l'épiphyse, il n'y a jamais de crépitation ; tandis que ce bruit est toujours distinct quand, dans la fracture, le fragment supérieur étant solidement fixé, on parvient à imprimer quelques mouvements au fragment inférieur.

4° Dans la réduction de la fracture transversale avec déplacement prononcé, la collision des fragments donne lieu à la sensation de crépitation si bien connue des chirurgiens ; tandis que dans la réduction du décollement de l'épiphyse, il n'y a pas de crépitation.

5° Quand on vient de réduire la fracture, si on discontinue l'extension avant que l'appareil soit en place, le déplacement se reproduit au moins en partie ; tandis que la conformation reste parfaite après la réduction de l'épiphyse décollée.

Pronostic. — Quand je publiai mon premier travail sur ce sujet, je me posais cette question : Dans le décollement de l'épiphyse les deux pièces se réunissent-elles par l'intermédiaire d'un cartilage ou par un cal osseux ? Et raisonnant à tort, d'après ce qui se passe dans les fractures et les décollements des cartilages costaux, j'étais porté à penser que la réunion d'une épiphyse décollée avec la diaphyse devait se faire par un cal osseux.

De là, la crainte que l'accroissement en longueur ne fût arrêtée dans l'extrémité de l'os qui avait subi la lésion. Cette crainte n'était pas fondée ; les sujets de mes deux observations ont grandi encore, le second surtout, depuis leur accident : or je me suis assuré qu'il n'existe aujourd'hui aucune différence entre leurs deux membres supérieurs. J'ai aussi donné des soins, il y a sept ou huit ans, à une petite fille de ma famille, alors âgée de trois ans, qui eut, à la suite d'une chute, une lésion du bras que je diagnostiquai : *décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus ;* eh bien, le membre qui a subi la lésion s'est développé absolument comme l'autre. Je puis donc dire hardiment aujourd'hui que le décollement de l'épiphyse est un accident sans gravité quand il est simple, que le recollement se fait dans un laps de temps très-court, et que la lésion ne laisse aucune trace.

La fracture, au contraire, laisse de la roideur au poignet pendant assez longtemps, même chez les enfants, et après la guérison, on distinguera toute la vie, à l'examen, le membre qui aura été fracturé dans ce point. Je dirai plus, il résulte de plusieurs faits par moi observés, dont deux ont été publiés dans mon travail de 1848, que dans les cas où le radius a été fracturé avant la réunion osseuse de l'épiphyse avec la diaphyse, on voit quelquefois l'extrémité de l'os cesser de grossir régulièrement, et dans ces cas, quand le sujet a pris tout son développement en longueur, le radius est sensiblement plus court, et son extrémité carpienne est atrophiée, ce qui résulte apparemment de l'ossification du cartilage qui s'est produite pendant la formation du cal. Cette ossification doit avoir lieu surtout dans les fractures en éclats de la tête osseuse qui comprennent l'extrémité de la diaphyse et l'épiphyse.

Ainsi, le décollement de l'épiphyse est une lésion bien plus simple, bien plus légère que la fracture de l'extrémité de l'os.

Traitement. — Dans le décollement de l'épiphyse il n'existe, après la réduction, aucune tendance au retour du déplacement, parce que la diaphyse et l'épiphyse se correspondent par de très-larges surfaces à direction tout à fait transversale, et l'appareil contentif le plus simple suffit pour maintenir la réduction. Dans la fracture, au contraire, on doit s'opposer à la reproduction du déplacement suivant l'épaisseur de l'os; aussi son traitement exige-t-il une attention et une surveillance inutiles dans les cas de décollement de l'épiphyse.

Tels sont les faits que j'ai observés. Les conséquences que j'en déduis me semblent logiques et légitimes ; la Société en jugera : *Sub judice lis est.*

DISCUSSION.

M. HUGUIER remercie M. Goyrand de son intéressante communication, mais il désire appeler l'attention de la Société sur les signes que M. Goyrand a assignés au décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius. L'opinion de M. Goyrand lui paraît trop absolue.

M. Goyrand dit d'abord que, quand il y a décollement de l'épiphyse, il n'y a pas de crépitation. M. Huguier partage son avis; mais dans beaucoup de fractures du radius, de même que dans d'autres fractures, celles du péroné par exemple, on ne trouve pas non plus de crépitation. Pour sentir la crépitation, il faut opérer un certain déplacement ; il faut faire exécuter aux portions d'os fracturés des mouvements en sens contraire; or, chacun sait combien il est difficile d'obtenir ces déplacements dans les fractures des extrémités de certains os, où il existe entre les fragments un véritable enchevêtrement.

Une autre cause de la difficulté de trouver la crépitation résulte de l'épanchement sanguin qui se fait entre les deux fragments de l'os fracturé.

M. Goyrand attache encore une grande importance au fait suivant : lorsque l'on réduit un décollement épiphysaire, la réduction se fait sans crépitation. Eh bien, il y a des cas où l'on peut réduire la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et faire disparaître la déformation sans déterminer la moindre crépitation.

Si la déformation n'a pas de tendance à se reproduire quand la réduction d'un décollement épiphysaire a été opérée, il ne faut pas encore donner à ce signe une importance qu'il n'a pas. Il y a telles fractures de l'extrémité inférieure du radius, fractures sans pénétration, dans lesquelles on peut faire disparaître la déformation sans qu'elle ait de tendance à se reproduire. M. Robert, dans certains

cas, n'applique plus d'appareil après la réduction, et il a des résultats satisfaisants ; résultats qu'il n'obtiendrait pas si, la fracture une fois réduite, il persistait une grande tendance au déplacement.

Ainsi les signes invoqués par M. Goyrand pour différencier le décollement épiphysaire ont de la valeur sans doute, surtout quand ils sont tous réunis, mais ils n'ont pas la valeur absolue que M. Goyrand voudrait leur rapporter. Aussi le signe le plus caractéristique est-il tiré de l'âge du sujet.

M. GOYRAND répond à M. Huguier qu'il sait très-bien que dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius la crépitation fait défaut ; il l'a écrit en 1832, en 1835, et le fait qu'il avance aujourd'hui n'est nullement en contradiction avec ce qu'il a écrit antérieurement. Lorsqu'il y a décollement épiphysaire, on peut, en s'entourant des précautions qu'il a indiquées dans son travail, faire exécuter de grands mouvements de déplacement : or dans ces mouvements il n'y a pas de crépitation s'il s'agit d'un décollement de l'extrémité inférieure du radius. Quelle fracture ne donnera pas la sensation de crépitation, du moment que l'on peut ainsi déplacer les fragments et les faire frotter l'un contre l'autre ?

M. Huguier a avancé que dans certaines fractures transversales il n'y avait pas de tendance à la reproduction de la déformation que l'on était parvenu à faire disparaître. M. Goyrand soutient le contraire, et demande si l'on a vu des fractures de l'extrémité inférieure du radius guérir sans déformation. Pour sa part il n'en a point vu, et il n'a observé de semblables résultats qu'à la suite d'un décollement épiphysaire.

M. Goyrand ajoute que dans les cas où il y a moins de déplacement, où l'on ne peut faire exécuter aux deux fragments les grands mouvements sur lesquels il insiste, il n'y a pas de doute possible, et il n'y a point à songer à un décollement épiphysaire.

M. HUGUIER a vu des fractures guéries sans laisser de déformation, et tous les chirurgiens ont dû en voir. Mais il ne faut pas perdre de vue la question qu'il a soulevée. Il ne s'élève pas contre le travail si intéressant de M. Goyrand, il dit seulement que la description que ce chirurgien a faite du décollement épiphysaire repose sur des signes auxquels il donne trop d'importance. Ces signes sont précieux sans doute, mais ils n'ont pas la valeur absolue qu'il leur assigne. Le diagnostic ne sera pas toujours aussi facile que le fait supposer la lecture de notre savant collègue.

M. Huguier ajoute un mot encore relativement à la déformation

consécutive. Le décollement épiphysaire ne peut se rencontrer que chez les jeunes sujets. Or on peut chez eux rencontrer aussi des fractures, et l'on sait que ces fractures guérissent le plus ordinairement sans déformation. Ce signe donc n'a aussi qu'une valeur relative.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. PRESTAT lit deux notes, la première sur l'extirpation d'un testicule cancéreux, l'autre sur l'élimination d'une portion d'intestin. M. Prestat montre les pièces qui accompagnent la note suivante :

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de la Société un exemple d'une terminaison rare, et sans contredit la plus heureuse, de l'invagination intestinale.

Voici en quelques mots le résumé de l'observation :

Le 13 septembre 1859, L. C..., âgée de neuf ans, enfant débile, appartenant à une famille très-pauvre et habituellement mal nourrie, entre à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, dans le service de M. David, pour une dyssenterie grave, qui cède aux moyens ordinaires. Au moment où les accidents dyssentériques disparaissent, du 25 au 30 janvier, l'enfant rend une quantité considérable de vers lombrics, environ soixante.

Les accidents de l'invagination se déclarent vers le 30 janvier, et sont considérés comme dépendant d'une péritonite.

Le 3 février, une tumeur noirâtre fait saillie hors de l'anus et est réduite ; mais dans la nuit l'enfant, en faisant effort pour aller à la garde-robe, rend une énorme eschare intestinale. Le changement le plus heureux survient dans l'état de l'enfant, qui dès le matin réclame à grands cris des aliments. La convalescence marcha régulièrement, et l'enfant sortit guérie le 13 mars.

A deux reprises, pendant l'année 1859, cette enfant est rentrée à l'Hôtel-Dieu pour une entérite déterminée par le mauvais choix des aliments, et ces entérites ont été assez graves pour faire craindre pour sa vie.

Aujourd'hui cette enfant est complétement rétablie, et d'après M. le docteur David, qui continue de la voir, elle jouit de la meilleure santé, sauf quelques coliques auxquelles elle est sujette.

L'affection dyssentérique et la présence des lombrics dans l'intestin me semblent avoir été la cause déterminante de l'invagination intestinale. D'après la note du docteur David, huit jours seulement se seraient écoulés entre les symptômes d'étranglement ou plutôt de péritonite et la séparation de l'eschare. La portion éliminée est la

terminaison de l'intestin grêle et est accompagnée d'une partie du repli péritonéal.

Les exemples d'invagination intestinale terminés par élimination d'une eschare et la guérison des malades sont l'exception. Cependant, sur 43 cas rassemblés par M. Thompson (1835-36; Raige-Delorme, *Dictionnaire en 30 volumes*), 19 malades guérirent, et plusieurs, comme la petite L..., recouvrèrent rapidement la santé.

Le cas de cette enfant m'a semblé mériter votre attention par l'énorme portion d'intestin, de péritoine et de tissu graisseux éliminée, par le prompt retour à la santé, et par les accidents qui à deux reprises ont, par suite d'un mauvais régime, compromis la vie de l'enfant après sa guérison si heureuse.

— Je présente à la Société, au nom de M. Guersant et au mien, un bel exemple de cancer encéphaloïde du testicule, enlevé par M. Guersant il y a deux jours.

Cette pièce provient d'un homme de cinquante-sept ans, d'une bonne constitution, atteint depuis plusieurs années d'une tumeur indolente du testicule gauche. La santé générale, jusque vers le mois de juillet, n'a pas été sensiblement altérée, et si le malade a demandé des conseils, il y a été poussé par la gêne que lui occasionnaient le volume et le poids de la tumeur.

Au commencement d'août, sur l'avis de M. Michon, une ponction est pratiquée et donne issue à environ 200 grammes de sérosité citrine, et montre que le testicule avait un volume et un poids bien supérieurs à ceux qu'il avait dû avoir. Trois semaines après, une injection iodée, faite autant pour agir sur la tumeur testiculaire que pour la guérison de l'hydrocèle, affection évidemment ici secondaire, n'amena aucune diminution dans le volume du testicule, qui distendait la bourse gauche et remontait jusqu'à l'entrée du canal inguinal. L'opération était d'autant plus indiquée que le malade commençait à maigrir, à prendre une teinte jaune, et que l'examen le plus attentif et répété à plusieurs reprises ne faisait sentir aucun ganglion engorgé dans l'abdomen.

L'opération résolue, M. Guersant fut appelé par la famille pour la pratiquer, avec l'aide de MM. Archambault, Borel, Prestat, le 8 octobre 1860. Une double incision semi-lunaire circonscrivit un lambeau de peau; le testicule et ses enveloppes furent énucléés facilement; une anse de fil, passée sur le cordon, en fit la ligature en masse, et permit de le couper sans crainte de le voir disparaître dans le canal inguinal et sans déterminer d'accidents nerveux. Deux artères seule-

ment furent liées. Des points de suture rapprochèrent les deux côtés de la plaie, qu'on recouvrit d'un linge imbibé. Aujourd'hui 4, trois heures après l'opération, le malade va bien, aucune complication n'est survenue.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL présente un malade affecté de cancroïde étendu de la face interne de la joue, avec engorgement du ganglion sous-maxillaire. Dans le but de prévenir plus sûrement la récidive, M. Verneuil a non-seulement enlevé largement la tumeur générale et le ganglion sous-maxillaire, mais encore toute la bande cutanée, étendue depuis la tumeur jusqu'au ganglion, c'est-à-dire un lambeau large de près de trois centimètres. Quelques décollements des lèvres de l'incision ont permis la réunion et la restauration immédiate.

La cicatrisation s'est opérée sans peine et la cicatrice linéaire est peu difforme.

Le malade sera suivi et l'observation complète publiée.

— M. BROCA présente une pièce relative à un pouce surnuméraire. Cette pièce lui a été remise à l'hôpital de la Charité, détachée des parties voisines et dépouillée de la plus grande portion des parties molles : il a pu étudier les particularités suivantes, sur lesquelles il insiste :

C'est un pouce surnuméraire gauche ; les deux pouces ont un volume a peu près égal ; le surnuméraire, c'est-à-dire le pouce le plus externe, est un peu plus aplati. Il n'y a pour ces deux pouces qu'un seul métacarpien.

M. Broca a voulu s'assurer de l'état et des rapports des synoviales articulaires. Sur une pièce qu'il a pu disséquer antérieurement, il n'y avait aucune communication entre les deux membranes séreuses ; sur une autre pièce, la communication existait, et les deux sacs synoviaux se continuaient manifestement l'un avec l'autre.

M. Broca a enlevé, dans son pays, un pouce surnuméraire ; les deux surfaces articulaires étaient si écartées, si distinctes l'une de l'autre, qu'il n'hésita pas à désarticuler le pouce surnuméraire. Il n'y avait point de communication entre les deux synoviales.

Sur la pièce présentée par M. Broca, si l'on examine les deux surfaces articulaires par leur face postérieure, on ne trouve que des tissus fibreux, une espèce de ligament interosseux, mais pas de communication entre les deux synoviales. Et pourtant ces deux sacs séreux s'ouvrent l'un dans l'autre, ainsi qu'on peut s'en assurer : en insufflant l'une des synoviales, l'autre se gonfle aussi.

La communication se fait par une ouverture très-étroite qui se trouve à la face antérieure et en bas de la bifurcation des deux pouces.

M. Broca, dans un travail qu'il a publié en 1849 dans les *Bulletins* de la Société anatomique, a insisté sur le premier point, — de même que sur la disposition des tendons et des muscles. — Sur cette pièce, M. Broca a trouvé la même disposition que celle qu'il a décrite en 1849. Les tendons se bifurquent au moment de la bifurcation des doigts; l'une des branches est destinée au doigt normal, l'autre au doigt surnuméraire.

Quant aux muscles propres au pouce, M. Broca a pu confirmer sur la pièce qui lui a été donnée les faits qu'il a observés dans d'autres cas. Les muscles qui normalement vont se rendre à l'os sésamoïde externe s'attachent au pouce externe; l'adducteur est destiné au pouce interne.

M. GOYRAND a eu l'occasion d'enlever un pouce surnuméraire à un jeune enfant de huit mois. Le pouce surnuméraire avait peu de mouvements; il se borna à le réséquer près de sa surface articulaire. Il n'est resté presque aucune difformité.

M. PRESTAT a aussi enlevé un pouce surnuméraire sur un enfant de huit mois. Ce pouce surnuméraire était plus petit que l'autre, et très-mobile; mais les deux articulations étaient notablement écartées l'une de l'autre. Il a désarticulé le pouce surnuméraire. M. Prestat pense que dans ces cas on s'exagère le danger de l'ouverture de l'articulation.

M. VOILLEMIER lit un travail sur les fractures par pénétration et les fractures qui peuvent les simuler.

Il ne faut pas confondre les fractures par *pénétration* avec les fractures par écrasement ou avec engrènement des fragments.

Les fractures par écrasement sont particulières aux os courts et spongieux. On les rencontre aussi sur les extrémités des os longs. L'os est écrasé, altéré dans sa forme, de manière à gagner en largeur une partie de ce qu'il a perdu en hauteur. Il y a attrition du tissu osseux plutôt encore que tassement de ses lamelles, mais une portion de l'os n'est pas entrée dans l'autre.

Les fractures avec engrènement rentrent dans la classe des fractures dentelées que M. le professeur Malgaigne a si bien décrites. Elles siégent le plus souvent sur le corps des os longs. Leurs fragments, taillés irrégulièrement, présentent des saillies plus ou moins longues et des angles rentrants que les hasards des chutes enchevêtrent quel-

quefois d'une façon assez solide. Chez un individu tombé d'un premier étage, nous avons vu une fracture du corps du fémur dans laquelle le fragment supérieur présentait une longue saillie qui était fichée dans le canal médullaire du fragment inférieur. Dans un cas de fracture de jambe au tiers supérieur, nous avons rencontré les fragments avec des dentelures si bien engrenées les unes dans les autres que tout mouvement de rotation du fragment inférieur était impossible, bien que le péroné fût brisé. Ces fractures se rapprochent plus que les précédentes des fractures par pénétration, mais elles en diffèrent encore sur plus d'un point.

Les fractures par pénétration sont propres aux extrémités de quelques os longs. Elles exigent pour se produire plusieurs conditions. Il faut :

1° Que l'extrémité de l'os soit assez notablement plus grosse que son corps ;

2° Que le corps de l'os soit formé d'un tissu compacte, épais, résistant, mais réduit à une lame mince en se rapprochant de son extrémité ;

3° Que l'axe de cette extrémité soit à peu près dans la même direction que l'axe du corps de l'os ;

4° Que la force vulnérante agisse dans le sens de la longueur de l'os, dont elle tendra à rapprocher les deux bouts.

Voici d'après quel mécanisme la fracture aura lieu : Supposez une violence agissant sur l'extrémité d'un os dans le sens de sa longueur, elle sera transmise jusqu'à l'autre extrémité, qui, reposant elle-même sur le sol, résistera. L'os ainsi pressé par ses deux bouts se brisera dans sa partie la plus faible ; or cette partie est celle où le tissu compacte se termine en une lame de peu d'épaisseur et où l'os se renfle. La solution de continuité une fois produite, si la violence du choc n'est pas épuisée, le tube osseux continue à descendre et pénètre dans le tissu spongieux.

Cette pénétration se présente sous diverses formes dont il est aisé de se rendre compte. Si la force agit également sur toute la circonférence de l'os, ce qui est assez rare, la pénétration est complète et la même sur tous les points. Mais si elle agit plus particulièrement sur une partie du cercle que représente le tube osseux, la pénétration sera plus grande sur une des faces de l'os que sur l'autre. Il peut même arriver que la violence, sans cesser d'être verticale, soit en même temps assez oblique pour imprimer au corps de l'os un mouvement qui tendrait à le plier vers son extrémité. Alors, tandis qu'il

y a pénétration sur une des faces de l'os, il se forme sur la face opposée un écartement.

Le type de la fracture par pénétration se rencontre sur le radius, parce qu'il présente toutes les conditions anatomiques que nous avons indiquées comme nécessaires à ce genre de lésion. On la trouve encore sur les extrémités d'autres os longs, mais avec des modifications qui dépendent de dispositions anatomiques différentes. Prenons pour exemple le fémur. Il est formé, il est vrai, par un tube osseux de tissu compacte, épais, tandis que son extrémité inférieure est très-renflée et composée d'un tissu spongieux peu résistant. Mais son corps présente en avant une courbure qui fait qu'une violence verticale est transmise moins directement à l'extrémité inférieure; d'un autre côté, cette extrémité se trouve presque tout entière en dehors de l'axe du fémur, soit en arrière, soit sur les côtés. Aussi les fractures du quart inférieur de cet os ne sont point accompagnées de pénétration. Toutes celles que nous avons vues étaient plus ou moins obliques de haut en bas et d'arrière en avant. L'extrémité supérieure présente des dispositions plus favorables à la pénétration; aussi l'y rencontre-t-on quelquefois. Considérons un instant cette partie comme un os entier : le col représentera le corps, et les extrémités seront la tête du fémur et le grand trochanter. L'une et l'autre sont renflées, composées de tissu spongieux, et se trouvent placées dans l'axe du col, qui est court et résistant.

Voilà plusieurs conditions propres aux fractures par pénétration. Cependant il ne faut pas oublier que le col du fémur est lui-même formé dans sa plus grande partie d'un tissu spongieux souvent moins dense que celui de ses extrémités; que sa lame corticale, très-mince en dessus, n'est épaisse qu'en dessous, dans l'espace qui s'étend de la tête du fémur au petit trochanter; enfin, que sa direction oblique empêche que dans une chute sur la hanche ou sur les pieds la violence ne soit directement transmise à la tête de l'os ou au grand trochanter. Pour ces raisons, les fractures du col du fémur sont le plus souvent sans pénétration, même dans les cas de chute sur la hanche.

Il ne faut pas se laisser abuser par l'examen de certaines fractures consolidées dans lesquelles un raccourcissement considérable du col et des lignes du tissu compacte trouvées dans le tissu spongieux ont fait admettre trop facilement la pénétration. L'étude d'un grand nombre de pièces sur lesquelles la consolidation était ancienne, comparées à d'autres pièces sur lesquelles la lésion était récente, nous a

mis en garde contre cette erreur ; nous croyons pouvoir affirmer que dans les fractures du col du fémur la pénétration est une exception. Voici les différentes variétés que nous avons observées. Il y a d'abord les fractures irrégulièrement obliques, les fractures dentelées ; ce sont les plus nombreuses.

Le col, dont nous avons fait remarquer la structure spongieuse, peut être écrasé de manière que sa tête soit appuyée immédiatement sur le grand trochanter. Le grand trochanter peut être brisé en plusieurs parties, et le col fracturé à sa base, sans avoir perdu de sa longueur.

Dans une autre forme plus rare, le col est brisé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors ; le grand trochanter est séparé du col et du corps de l'os sans être lui-même brisé ; et enfin, le corps du fémur est fracturé presque transversalement, un peu au-dessus du petit trochanter. Dans tous ces cas il y a comminution, écrasement, disposition dentelée des fragments, et quelquefois engrènement très-irrégulier et variable des dentelures ; mais ce n'est pas la fracture avec pénétration.

Quand la pénétration existe, elle se présente sous différentes formes. Presque toujours elle a lieu dans l'épaisseur du grand trochanter. Très-rarement tout le tube osseux du col a pris part à cette pénétration, qui est plutôt limitée à une partie de sa circonférence. Pour bien juger jusqu'où elle s'étend, il ne faut pas seulement voir combien le col a perdu de sa longueur, puisqu'il peut être broyé en entier sans qu'il y ait pénétration ; il ne suffit même pas d'une coupe verticale qui ne montre bien la pénétration qu'en haut et en bas, mais nullement en avant et en arrière. Nous insistons sur ce point, parce que dans nombre de cas où le trochanter avait été fracturé la saillie osseuse, placée un peu en arrière du col et qui en est séparée par un large sillon, se trouvait rabattue sur lui de manière à faire croire à une pénétration beaucoup plus grande qu'elle n'était réellement. Pour se rendre compte de cette pénétration apparente, il faut diviser les parties par une coupe antéro-postérieure et dans la direction du col. Ces différentes coupes montrent de la manière la plus évidente que la pénétration est très-bornée en avant, en arrière et en haut dans la substance spongieuse du grand trochanter proprement dit ; tandis qu'elle est très-marquée au-dessous du col, à son union avec le petit trochanter, et qu'elle a lieu plutôt dans le corps même du fémur que dans le grand trochanter. Nous en avons déjà indiqué la raison en insistant sur l'épaisseur du tissu compacte dans

la partie inférieure du col qui va de la tête du fémur au petit trochanter. Aussi voit-on sur un assez grand nombre de fractures le col broyé dans la moitié de sa circonférence supérieure ; tandis qu'en dessous, la lame osseuse épaisse résiste, ne se brise que dans un point et forme une sorte d'éperon sur le fragment supérieur, et quelquefois sur le fragment inférieur. Cet éperon donne assez souvent aux fractures du col une forme oblique ; c'est encore lui qui participe presque exclusivement à la pénétration, qu'elle ait lieu dans le fragment inférieur ou dans la tête du fémur.

Nous n'avons jamais rencontré une pénétration complète du col dans la tête du fémur. Quand celui-ci est brisé près du sourcil de la tête du fémur, dans une chute qui tend à la rapprocher du grand trochanter, il se produit une fracture dentelée avec écrasement du tissu spongieux supérieurement, et la lame osseuse compacte inférieure pénètre seule dans le tissu spongieux. Ce mode de pénétration se produit surtout dans une chute sur les pieds quand le col est abaissé sur le corps de l'os, et, cessant d'être oblique, lui devient presque perpendiculaire, car dans ce mouvement la ligne supérieure du col s'allonge, tandis que l'inférieure est raccourcie, et la pénétration est en raison directe de ce raccourcissement. Nous ne parlons que de ce qui se passe le plus ordinairement et des principaux types, car il n'est pas une seule fracture qui ressemble exactement à une autre, surtout quand il s'agit de fractures dentelées.

Dans les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, la pénétration peut encore avoir lieu dans un autre point que la tête de l'os ou le grand trochanter. Nous avons trouvé chez un homme de soixante ans qui succomba à une maladie des reins, une pièce des plus curieuses que nous avons fait dessiner. Ce malade nous avait raconté qu'à l'âge de quarante-neuf ans, il était tombé sur les pieds d'une hauteur de trois mètres et s'était brisé le col du fémur. Il présentait en effet tous les signes de ce genre de lésion.

A l'autopsie, on trouva le col avec une longueur égale à celui du côté opposé ; mais il avait perdu sa direction oblique et se trouvait presque perpendiculaire à l'axe du fémur. Une section verticale intéressant le fémur et le col dans toute sa longueur, montra qu'il y avait eu une fracture siégeant à l'union du corps de l'os avec son extrémité supérieure.

Elle était oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commençant, en dedans, au-dessus du petit trochanter, et descendant, sur la face externe de l'os, à plus de deux centimètres. Par suite de l'abais-

sement de tout le col, la saillie ou l'éperon interne quo présentait le fragment inférieur avait pénétré profondément dans le tissu spongieux de la base du col ; on reconnaissait parfaitement dans ce tissu la lame compacte se prolongeant dans une étendue de deux centimètres.

Nous le répétons, tous les signes d'une fracture du col existaient, et cependant le col entier et le grand trochanter étaient intacts. Ici, c'était le tube osseux du corps du fémur qui avait pénétré dans l'extrémité supérieure do l'os.

Nous n'avons rencontré sur les extrémités de l'humérus que des écrasements ou des fractures dentelées, toujours accompagnées d'une assez grande mobilité des fragments.

L'extrémité supérieure du tibia est, par sa forme, peu propre aux fractures par pénétration. Elle augmente de volume trop insensiblement, et son renflement ne se détache pas assez nettement du corps de l'os. Il n'en est pas de même pour l'extrémité inférieure : si on divise le tibia dans sa longueur par un trait de scie, on est frappé de sa ressemblance avec le radius. Tube osseux presque sans courbure, et éminemment propre à la transmission directe des chocs, tissu compacte très-épais sur le corps de l'os, et se terminant en lame mince sur le point où il commence à se renfler, extrémité spongieuse placée dans l'axe de l'os et assez également répartie autour de cet axe, tout semble réuni pour amener des fractures par pénétration. Cependant elles sont rares. C'est que le tibia aminci, tordu, et légèrement courbé en avant, à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur, ne présente pas dans ce point une grande résistance. Aussi est-ce là le lieu de prédilection de ces fractures, qui, le plus souvent, se font dans le sens de sa courbure et sont obliques de haut en bas et d'arrière en avant.

Quand la fracture siége plus bas et est accompagnée de pénétration, celle-ci est ordinairement peu considérable. Il faut en chercher la cause en dehors du tibia. A l'avant-bras, le radius supporte seul l'effort du choc dans une chute sur le poignet. S'il est accompagné dans toute sa longueur par le cubitus, il ne lui est uni inférieurement que par des liens trop lâches et trop faibles pour lui emprunter un grand appui. Lorsqu'il se brise, le cubitus, dont la tête arrondie favorise le glissement, descend vers le côté interne du carpe et ne vient supporter une partie du choc qu'assez tard pour permettre une pénétration complète sur le radius. A la jambe, il en est tout autrement. Si l'extrémité inférieure du péroné est placée sur le côté du tarse, elle est

unie au tibia par des ligaments si nombreux et si puissants qu'elle fait pour ainsi dire corps avec lui. Aussi, quand le tibia vient à être brisé dans une chute sur les pieds, il ne se produit pas un déplacement de l'extrémité du péroné analogue à celui de l'extrémité du cubitus.

Les ligaments résistent, et le péroné, supportant une partie du choc, empêche la pénétration de se produire sur le tibia, ou du moins la limite. Ce mécanisme est évident sur une pièce que nous avons fait représenter. Nous l'avons trouvée sur un homme qui a succombé à la suite d'une chute faite sur les pieds d'une hauteur de 4 mètres. La fracture était dentelée, transversale; le fragment supérieur avait pénétré d'aplomb dans l'extrémité spongieuse. La pénétration n'avait été limitée que par le péroné, qui avait été fracturé à 2 centimètres plus haut, et dont les fragments étaient engrenés et basculés en dehors.

Nous ne regardons pas comme devant être rangée dans les fractures par pénétration la fracture en V, si bien décrite par notre collègue et ami M. Gosselin. Ici l'un des fragments, taillé à la manière d'un coin, agit sur les deux côtés d'un angle rentrant que présente le fragment inférieur, et tend à le faire éclater, mais il n'y a pas de pénétration dans le *tissu même de l'os*.

Dans les fractures par pénétration, le travail de consolidation a lieu tout entier dans l'épaisseur de l'os et principalement sous le périoste, dont une partie est souvent conservée. Nous avons eu occasion d'en examiner quelques-unes très-peu de temps après l'accident qui les avait produites, et voici ce que nous avons observé. Dans les premiers jours, le tissu spongieux est gorgé de sang. Les lamelles osseuses sont brisées au niveau de la fracture; il y a attrition du tissu spongieux plutôt que tassement des cellules, qui sont intactes et parfaitement régulières au-dessous de celles qui sont broyées. Après quelques semaines, le tissu spongieux est infiltré d'une matière grise et luisante; le périoste, qui enveloppe le point où existe la solution de continuité, est enflammé et notablement épaissi. Nous avons pu constater sur des pièces pathologiques déjà anciennes que ce tissu spongieux ne se présente pas toujours sous le même aspect au niveau de la fracture. Au radius, il est assez rare de trouver une ligne de démarcation indiquant la solution de continuité. Ordinairement la fusion du tissu spongieux des deux fragments est complète. Sur le grand trochanter, la démarcation est quelquefois indiquée par une ligne de tissu plus dense, irrégulière et peu épaisse, mais plus souvent par une ligne de tissu raréfié présentant des cellules larges et inégales. Dans ces cas, la consolidation est due principalement à l'enclavement

du col dans le tissu du grand trochanter et au périoste qui rétablit la continuité de la lame corticale.

Quant à la lame compacte du corps de l'os qui a pénétré dans l'extrémité spongieuse, on la retrouve encore après bien des années. Lors même qu'elle est environnée d'un tissu spongieux rendu plus serré par l'inflammation, elle est facile à reconnaître. Il ne faudrait pas juger de l'étendue de la pénétration par la longueur de cette ligne, parce que le périoste qui réunit les deux fragments, en rétablissant la continuité de la lame corticale, semble reporter le niveau de la pénétration un peu plus haut que le point où elle existait réellement.

La pénétration n'est pas toujours facile à reconnaître. Pourtant on peut la soupçonner et quelquefois s'assurer qu'elle existe en groupant et en comparant entre elles certaines circonstances. Ce sont le siége présumé de la fracture, la nature de la cause qui l'a produite, la déformation particulière du membre, l'absence de crépitation et de mobilité des fragments. Ainsi, quand un malade est tombé sur le poignet et présente les signes d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, on peut être assuré qu'il s'agit d'une fracture avec pénétration, puisque sur cette partie du radius elles ont toutes lieu d'après ce mécanisme. Le raccourcissement plus ou moins grand de l'os, la saillie de la tête du cubitus sur le côté interne du poignet, la mobilité des fragments et quelquefois la crépitation serviront à reconnaître si la pénétration est considérable, si même elle a été portée jusqu'à faire éclater la tête du radius.

Le diagnostic est moins facile pour les fractures du col du fémur. Lorsque chez un malade qui a fait une chute sur la hanche on trouve les mouvements volontaires en partie conservés, le raccourcissement du membre peu considérable, le pied renversé en dehors, l'absence de crépitation, les arcs de cercle du grand trochanter conservés pendant qu'on imprime au membre des mouvements de rotation; si, en même temps, portant les doigts d'une main en dehors de l'ischion, sous les muscles fessiers, et le plus près possible de la cavité cotyloïde, pendant qu'un aide fléchit et étend alternativement le membre malade, on sent les mouvements se communiquer à la tête fémorale, on ne peut douter de l'existence d'une fracture par pénétration. Cependant aucun de ces signes n'a une valeur absolue.

Reprenons-les un à un : une chute sur la hanche peut produire une fracture du col sans pénétration ; dans une fracture avec pénétration, les mouvements volontaires sont souvent complétement abolis, et

quelquefois ils sont possibles dans une fracture simple intra-capsulaire ; un raccourcissement peu prononcé peut dépendre de bien d'autres conditions de la fracture que de la pénétration ; le renversement du pied en dehors est commun à presque toutes les fractures du col ; la crépitation manque si souvent, que Boyer (1) disait ne l'avoir jamais rencontrée; les arcs de cercle du grand trochanter sont bien peu modifiés dans une fracture intra-capsulaire, surtout si elle est très-rapprochée de la tête du fémur; la transmission des mouvements à la tête du fémur, dans la flexion et l'extension alternative de la cuisse, peut être assez difficile à saisir, s'il y a un gonflement considérable des parties molles.

Mais si tous ces signes ne se trouvent pas constamment réunis, ils ne font jamais complétement défaut. Groupés en plus ou moins grand nombre, comparés entre eux, ils se prêtent réciproquement une valeur plus grande, et nous pouvons assurer que, dans le plus grand nombre des cas, si la pénétration existe, on peut la reconnaître.

Quant à son siége précis, à son degré, à l'attrition plus ou moins grande du tissu spongieux, à la présence d'esquilles, on ne peut avoir que des présomptions fondées sur l'âge du sujet, la nature et la violence de la cause de la fracture, la prédominance de tels ou tels signes, etc., etc.

Ainsi, dans une chute sur les pieds, on soupçonnera une pénétration dans la tête fémorale, de l'éperon que présente le fragment inférieur au-dessus du petit trochanter; dans une chute sur la hanche, on croira plutôt à une pénétration dans le grand trochanter. Si la saillie du grand trochanter est beaucoup moins prononcée que du côté opposé, bien que ses arcs de cercle soient conservés dans une certaine limite, il sera probable que la pénétration est accompagnée d'un écrasement d'une partie du col ; si l'absence de gonflement permet de constater, aussitôt après l'accident, que le grand trochanter est augmenté de volume, ce que nous avons vu plus d'une fois, il faut en conclure que la pénétration a eu lieu dans cette tubérosité, qui elle-même a été brisée.

Une autre disposition que nous avons souvent observée est celle-ci : le malade est tombé sur la hanche; le pied est fortement renversé en dehors, le grand trochanter est porté en arrière tandis qu'en avant et au-dessous du pli de l'aine on sent très-facilement une saillie dure, si prononcée, que, soulevant les vaisseaux, elle rend les battements

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 268.

de l'artère fémorale bien plus superficiels et appréciables que du côté opposé. Ici le col a pénétré dans le grand trochanter en arrière et en bas, et non en avant. Il s'est couché sur la crête postérieure du grand trochanter, dont le sourcil de la tête fémorale n'est séparé que de quelques millimètres, tandis que c'est le bord antérieur de la base qui forme en avant, au-dessous du pli de l'aine, la saillie dont nous avons parlé.

Maintenant, passons au lit du malade, et voyons la conduite que le chirurgien doit suivre. Elle consiste :

1° A corriger certaines déformations du membre, en agissant directement sur les fragments ;

2° A assurer leur immobilité dans la position que la pénétration leur a faite ;

3° A empêcher la déformation d'augmenter, à l'aide d'un appareil qui maintient le membre dans une bonne position.

Mais on ne doit jamais chercher à rendre au membre sa longueur en pratiquant une véritable réduction.

Ainsi, dans les fractures du radius, le fragment inférieur est quelquefois porté en avant et presque toujours en arrière. Cette disposition, qui constitue déjà une petite difformité, peut, en changeant la disposition des coulisses des tendons, gêner le jeu des muscles, diminuer leur énergie et retarder le retour des mouvements. Il est utile de redresser l'os, comme on ferait d'un morceau de bois vert, et de replacer dans son axe le fragment divisé. Mais, par cette manœuvre, si on diminue un peu la pénétration sur le point où le fragment est coudé, on ne la détruit pas, et on ne rend pas à l'os sa longueur.

Quant à la hanche, on ne saurait avoir la prétention de faire cesser la pénétration par les tractions qu'on pratique d'ordinaire sur le membre inférieur. Pour y parvenir, il faudrait qu'un aide fût chargé de faire une extension modérée sur le membre malade, pendant que le chirurgien, embrassant avec les deux mains le côté interne et supérieur de la cuisse, la tirerait directement en dehors. Cette manœuvre plus rationnelle réussirait peut-être, malgré la résistance des muscles; cependant qu'aurait gagné le malade? un peu d'allongement du membre, mais cet allongement ne serait que momentané.

Nous avons dit que dans la pénétration il y avait attrition d'une partie du tissu spongieux, diminution plus ou moins grande de la longueur du levier brisé ; or, quand on aura écarté les fragments l'un de l'autre en faisant cesser la pénétration, comment maintiendra-t-on la réduction?

Dans les fractures sans perte de substance, on peut, par une réduction bien faite, remettre bout à bout les fragments qui s'appuyeront l'un sur l'autre, et on aura rendu au membre sa longueur en les maintenant dans cette position. Mais comment combler la perte de substance résultant de l'attrition du tissu spongieux ? comment espérer de maintenir à distance des fragments que tendent incessamment à rapprocher des muscles puissants ?

Pourtant, dans les cas où le col du fémur a pénétré dans le grand trochanter avec bascule de sa base en avant, on peut, ainsi que l'a parfaitement indiqué M. Malgaigne (1), agir directement sur les fragments, comme pour le radius. D'une main, on cherche à ramener en avant le grand trochanter, qui est porté en arrière, tandis que de l'autre on repousse en arrière la base du col, qui fait saillie en avant. Quand cette manœuvre réussit, on a corrigé en partie la rotation du corps du fémur et diminué le renversement du pied en dehors. Dans tous les cas, si on ne peut faire cesser cette difformité, on l'empêche d'augmenter en n'abandonnant pas le membre à son propre poids. C'est le seul bénéfice qu'on peut se proposer, en ramenant le pied en dedans, car le mouvement de rotation se passera tout entier dans l'articulation, sans exercer aucune action sur la position respective des fragments.

Quand on a lieu de croire que la pénétration s'est faite dans la tête du fémur, il faut, à plus forte raison, la respecter. La détruire serait priver le malade de la seule chance qui lui reste de guérir par une réunion osseuse. Autrement, on transformerait une fracture, dont les fragments sont déjà réunis physiquement, en une de ces fractures intra-capsulaires dans lesquelles la consolidation est une rare exception.

Après ce que nous venons de dire, nous ne discuterons point la valeur absolue ou relative des appareils à extension continue. Leur action ne peut être que nuisible. Pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, nous avons indiqué dans un mémoire particulier l'appareil qui leur convient. Il nous arrive souvent de nous borner, après avoir redressé le fragment inférieur, à envelopper le poignet de compresses imbibées de liquides résolutifs et à les maintenir par un bandage en huit de chiffre. La consolidation s'opère comme d'ordinaire, et les mouvements se rétablissent très-rapidement. Pour les fractures du col avec pénétration, nous préférons à

---

(1) *Traité des fractures et des luxations*, t. I, p. 684 et 706.

tous les appareils qu'on emploie ordinairement la grande gouttière de Bonnet (de Lyon), parce que nul n'assure mieux l'immobilité de la hanche dans les mouvements involontaires que fait le malade pendant son sommeil et ceux qui exigent les soins de propreté. A son défaut, nous préférons le double plan incliné avec un bandage très-simple pour maintenir le pied dans le renversement en dedans.

Si nous ne craignions de nous écarter de notre but, qui est de ne parler que des fractures par pénétration d'une manière générale, nous montrerions que la distinction qui a été faite des fractures du col du fémur en intra et extra-capsulaires, vraie en elle-même, a été singulièrement exagérée sous le rapport du mécanisme et de la symptomatologie, qui est des plus trompeuses, mais surtout au point de vue du traitement. M. Malgaigne, qui a traité le sujet avec sa supériorité habituelle, après s'être efforcé d'établir les caractères qui pourraient aider à les distinguer, a été forcé de les confondre toutes dans un même traitement. Pour notre compte, nous avons employé bien des appareils, et nous devons avouer que dans le cas où les malades ont guéri avec un raccourcissement peu marqué, ce résultat heureux devait être attribué à la disposition primitive des fragments bien plutôt qu'à l'appareil dont nous nous sommes servi. En résumé, l'appareil qui procure le mieux l'immobilité des parties, et en même temps le plus simple, est le meilleur.

Nous avions déjà exposé d'une façon plus particulière ces considérations sur les fractures par pénétration, dans un mémoire sur les fractures du radius publié en 1842. Elles sont applicables aux fractures du col du fémur, de la jambe, de toute extrémité osseuse, en un mot à toutes les fractures par pénétration.

M. GOYRAND partage les idées émises par M. Voillemier, et ne voit rien qui soit en opposition avec les assertions qu'il a émises dans le travail dont il a donné lecture.

M. VOILLEMIER insiste de nouveau sur l'absence de crépitation dans l'immense majorité des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Les décollements épiphysaires ne peuvent arriver que chez les jeunes sujets, et ne doivent, suivant lui, se produire que dans un mouvement de flexion exagéré de la main, par un mécanisme semblable à certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius.

M. Voillemier avait cru être le premier qui eût produit sur le cadavre des fractures du radius par flexion exagérée de la main ; mais un chirurgien militaire dont le nom lui échappe l'avait précédé dans ces tentatives expérimentales.

M. GOYRAND dit que dans les deux faits qu'il a observés, le décollement s'est produit par un mécanisme opposé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, HOUEL.

Séance du 17 octobre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— Voici le dépouillement de la correspondance :

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépose sur le bureau le tome X de la 1re série des *Bulletins de la Société de chirurgie,* qui a paru cette semaine.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Des tumeurs hémorrhoïdales et de leur traitement,* par M. J. Benoît; Montpellier, 1860, in-8°;

2° *Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire* (année 1859); Saint-Etienne, 1860, in-8°.

— La Société a reçu en outre, par l'intermédiaire de M. Heyfelder père, membre correspondant, le rapport sur l'état sanitaire et le mouvement dans les hôpitaux civils de l'empire russe en 1858. Cet ouvrage a été publié en russe et en allemand; Saint-Pétersbourg, 1860, grand in-8°.

— M. Delfrayssé, ancien aide-major, adresse à la Société une observation de plaie du scrotum. (Dépôt aux Archives.)

RAPPORT.

M. BOUVIER a la parole pour la lecture d'un rapport sur un travail de M. Duchenne (de Boulogne). Ce travail est consacré à l'étude de l'action du muscle long péronier latéral dans la production du pied plat et du valgus pied plat.

M. RICHARD répond à M. Bouvier, au sujet d'un malade dont il est question dans le rapport, qu'il ne peut pas fournir d'explications plus détaillées que n'en comporte la description donnée dans le rapport. Son attention n'avait pas encore été assez éveillée sur le rôle que l'on devait attribuer à l'action du long péronier latéral. Il a vu le malade dont il s'agit avec MM. Nélaton et Duchenne.

M. GOSSELIN. Parmi les points que vient d'examiner M. Bouvier dans son rapport, il en est un qui m'a occupé depuis quelque temps, je veux parler du diagnostic entre la contracture du long péronier latéral et celle du court.

J'ai fait cette étude à l'occasion de trois malades dont l'affection était tout à fait semblable à celle d'une jeune fille qui a été présentée ici dans le cours de cette année par M. Bouvier. Ces trois malades avaient eu quelques mois auparavant une entorse qu'ils n'avaient pas soignée. Ils avaient continué à souffrir en marchant; peu à peu leur pied avait tourné de dedans en dehors autour de l'axe antéro-postérieur. Ils se présentaient donc à moi avec un valgus qu'à cause de son origine j'appelle *valgus traumatique*. Chez deux des sujets ce valgus n'était ni creux ni plat; le troisième était pied plat; mais l'effacement de la voûte plantaire était congénial; la déviation en dehors seule était accidentelle. Chez les trois malades il y avait, outre la douleur et le valgus, une contracture de l'extenseur commun et des péroniers latéraux. La contracture était-elle idiopathique, comme cela a lieu probablement dans certains valgus spontanés ? J'ai cru qu'elle était plutôt symptomatique d'une douleur articulaire ou osseuse consécutive à l'entorse, et que son siége principal était l'articulation calcanéo-astragalienne. Cependant une dissection serait nécessaire pour bien élucider cette question. Quoi qu'il en soit, j'ai été sur le point de recourir à la ténotomie sur mon dernier malade que M. Bouvier a bien voulu voir avec moi à l'hôpital Beaujon, et il s'agissait de savoir si cette opération devait porter sur le court péronier latéral seulement ou sur les deux à la fois.

La contracture du court péronier était évidente, car on sentait une corde tendue au côté externe du pied jusqu'au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Mais le long était-il contracturé aussi? Tout d'abord j'ai cru que non, parce qu'il n'y avait pas de pied creux; mais d'un autre côté la saillie que nous sentions superficiellement derrière l'extrémité inférieure du péroné semblait bien appartenir au long péronier latéral. La ténotomie n'a pas été nécessaire chez le malade, parce que le valgus a cédé à de fortes tractions suivies de l'application d'un appareil plâtré.

Mais j'ai continué mes recherches sur des sujets sains. D'une part, j'ai étudié la saillie donnée par la contraction volontaire et simultanée des deux muscles, et j'ai trouvé que cette saillie superficielle ressemblait beaucoup à celle de nos malades. En outre j'ai examiné la corde formée derrière et au-dessus de la malléole par chacun des deux pé-

roniers, mis isolément et successivement en contraction au moyen de la pile de Breton, et j'ai trouvé que le long péronier latéral donnait une saillie superficielle appréciable avec les doigts et avec les yeux, tandis que la saillie du court péronier n'était guère appréciable qu'avec les doigts.

Aujourd'hui je suis donc porté à croire que dans ces cas de valgus traumatiques qui ne sont ni pieds plats ni pieds creux, il y a contracture simultanée des deux péroniers latéraux en même temps que de l'extenseur commun, et quelquefois aussi du jambier antérieur.

M. CHASSAIGNAC. Il peut y avoir une grande difficulté à savoir si les deux muscles sont contracturés en même temps. Mais il est des cas où la contracture peut se montrer isolément dans chacun des deux péroniers. J'ai observé chez une jeune fille la contracture du long péronier latéral ; le pied était creux valgus, et offrait les caractères indiqués par M. Duchenne.

La faradisation du jambier antérieur peut sans doute, dans certains cas, corriger cette difformité ; mais c'est un mode de traitement qui exige beaucoup de temps, et encore le succès n'est-il pas toujours assuré. Chez cette jeune fille, j'ai coupé le tendon du long péronier, et la guérison a été obtenue promptement. Quinze jours après, la malade avait le pied dans une bonne direction, et celui-ci reposait à plat sur le sol.

Pour maintenir la guérison, j'ai eu recours à la faradisation du jambier antérieur. Car si ce moyen thérapeutique peut échouer dans certains cas, quand il est employé seul, je pense qu'il ne doit pas être négligé quand la ténotomie a été pratiquée. Peut-être, sans la faradisation du jambier antérieur, aurais-je eu une récidive des accidents qui m'avaient déterminé à couper le tendon du long péronier latéral.

Mais ne laisse-t-on pas trop de côté la part qui doit revenir dans les pieds plats valgus douloureux à la contraction du péronier antérieur et de l'extenseur commun des orteils ? — Cette question m'a déjà vivement préoccupé.

Sur un malade de la catégorie de ceux qui nous occupent en ce moment, j'ai dû couper le jambier antérieur, le péronier antérieur et l'extenseur commun des orteils.

Sur un autre, j'ai fait les mêmes sections, excepté celle du jambier antérieur.

J'ai observé une jeune fille ayant le pied valgus douloureux, par

affaiblissement de la contractilité du long péronier latéral ; on a faradisé ce muscle, et les accidents ont disparu.

Je désirerais savoir la part que l'on fait, dans la production et la persistance de ces difformités, à la contracture des muscles péronier antérieur et extenseur commun des orteils.

M. VERNEUIL a observé à Beaujon un enfant, un garçon pâtissier, que M. Duchenne a vu aussi, sur lequel a été pratiquée la faradisation. Six semaines après le malade a quitté l'hôpital sans avoir obtenu la moindre amélioration. Le muscle long péronier latéral était paralysé. M. Verneuil a observé ce fait dans le service de M. Malgaigne, qu'il remplaçait provisoirement.

On ne s'entend pas toujours sur la cause ou l'absence de la douleur dans les pieds plats ; il y a des pieds plats douloureux ; d'autres, au contraire, où la douleur est insignifiante ou nulle.

Un malade que M. Verneuil a vu à l'hôpital Beaujon souffrait beaucoup. Il n'y avait pas à proprement parler de pied plat, mais plutôt élévation du premier métatarsien. La douleur avait pour siége un durillon situé au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des deuxième et troisième orteils. Le pied portait sur ces durillons. Le malade marchait un peu sur le bord interne du pied, afin d'éloigner autant que possible la sustentation de ces durillons. Or il y avait chez ce malade paralysie du long péronier latéral, et cette paralysie avait-elle été le point de départ de cette difformité et de la formation du durillon ; ou bien le durillon lui-même avait-il déterminé cette incurvation, cette rotation du bord interne du pied ? — M. Verneuil n'a vu le malade qu'une fois, et n'a pu résoudre cette question. — Il appelle seulement l'attention de ses collègues sur cette cause de douleur dans les diverses variétés de pied plat.

M. BOUVIER répond à M. Gosselin que les conséquences tirées de l'exploration du muscle péronier soumis à des courants électriques, sont peut-être prématurées.

M. Bouvier a fait aussi des expériences, et il n'a pu arriver à des résultats aussi satisfaisants, et par conséquent, à une certitude aussi grande que pourrait le faire supposer la communication de M. Gosselin.

La faradisation des péroniers, pratiquée isolément sur chacun d'eux, est difficile. Ainsi il faut pour faire contracter le court péronier latéral une plus forte dose d'électricité que pour le long péronier, et il est fort difficile d'agir sur l'un ou l'autre muscle séparément. La

communication de M. Gosselin et les résultats qu'il a obtenus sont intéressants, mais exigent de nouvelles recherches.

M. Bouvier répond à M. Chassaignac que dans son rapport le péronier antérieur est implicitement compris ; mais il n'avait pas à en parler d'une manière spéciale, puisqu'il s'occupait avant tout du long péronier latéral. — Cette lacune, ou plutôt cette question (car il ne peut pas y avoir de lacune, ainsi qu'on vient de le voir, puisqu'il n'avait pas à s'occuper de ces muscles), cette question a été étudiée par M. Duchenne dans d'autres travaux publiés.

Il faut sans doute, dans les valgus pieds plats et les pieds plats simples, tenir compte de la contracture des extenseurs communs des orteils et péronier antérieur.

M. Bouvier répond à M. Verneuil que la question du siége de la douleur à la suite des entorses laisse à désirer. Il y a des douleurs qui persistent depuis le moment où l'entorse s'est produite, il y a des douleurs qui apparaissent plus tardivement, et souvent même quand le pied plat et le valgus pied plat existent depuis quelque temps. — Les durillons jouent un certain rôle dans la production de ces douleurs parfois intolérables. M. Duchenne a étudié ces durillons, et a fait même de leur siége un bon moyen de diagnostic.

Pour le cas cité par M. Verneuil, il semble à M. Bouvier qu'il ne devait pas y avoir seulement paralysie du long péronier latéral, et qu'il devait exister autre chose en même temps ; car le durillon n'occupait pas le siége qu'il affecte habituellement dans les cas de lésion de ce muscle.

M. CHASSAIGNAC revient sur la production du valgus. — Avec la paralysie du long péronier latéral, il y a production d'un pied plat ; mais que faut-il encore pour que le pied plat devienne valgus ?

M. BOUVIER avoue que M. Chassaignac a frappé sur le côté faible du travail de M. Duchenne ; M. Duchenne a tenté de donner une explication ; mais M. Bouvier en a imaginé une autre. Le premier est rapporté dans le travail de M. Duchenne.

M. Duchenne admet que par suite de la paralysie du long péronier latéral il y a pied plat ; le poids du corps appuie alors sur le bord interne du pied, qui se rejette naturellement en dehors, en raison même de sa disposition et du point où porte le poids du corps.

M. Bouvier pense que, dans le pied plat résultant de la paralysie du long péronier latéral, le bord interne du pied se relève sous l'influence de l'action du jambier antérieur ; mais le jambier ne peut pas à lui seul résister au poids du corps ; il cède, le bord interne du pied

tombe, le pied tourne sur lui-même, suivant son axe antéro-postérieur, et le bord externe du pied se relève.

M. CHASSAIGNAC pense que l'on pourrait trouver l'explication, ou du moins une grande partie de l'explication dans la contraction des muscles extenseur commun des orteils, péronier antérieur et court péronier latéral.

Les conclusions du rapport de M. Bouvier sont mises aux voix et adoptées :

1° Renvoi du travail de M. Duchenne au comité de publication ;

2° Remercier l'auteur de son intéressant travail.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide que le rapport de M. Bouvier sera aussi renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, BAUCHET.

Séance du 24 octobre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Debrou (d'Orléans), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le président annonce, en outre, qu'il y aura un comité secret dans la prochaine séance pour entendre le rapport de la commission nommée pour examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire déclarée vacante.

M. GIRALDÈS annonce à la Société que M. Textor, associé étranger, est mort il y a déjà quelques semaines.

CORRESPONDANCE.

Voici le dépouillement de la correspondance :

M. le docteur Chappelain, de Marseille, fait parvenir à la Société deux exemplaires de son mémoire intitulé : *Études sur la luxation sciatique du fémur*. Marseille, 1860, in-8°.

— MM. Bernutz et Goupil font hommage à la Société du premier volume de leur *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1860, in-8°. (M. Danyau, rapporteur.)

— M. le secrétaire général dépose sur le bureau le troisième fascicule du tome V des *Mémoires* in-4° de la Société de chirurgie. Ce volume renferme les mémoires suivants : 1° *Sur les diverticulum de la tunique vaginale,* par M. Béraud ; 2° *Sur l'hypertrophie de la parotide,* par M. Bauchet ; 3° *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée,* par M. Larrey ; 4° *Sur le traitement des abcès par congestion symptomatique d'une lésion de la colonne vertébrale,* par M. Michel (de Strasbourg).

M. DEBROU lit le travail suivant : *Sur un moyen de s'opposer à la formation de l'ectropion, dans les cas de pustule maligne, de brûlure ou de sphacèle des paupières.*

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de remédier à l'ectropion, lorsqu'il ne consiste pas en un simple renversement de la muqueuse, mais lorsqu'il est la conséquence d'une perte étendue de la paupière, comme cela a lieu après la pustule maligne, après certaines brûlures, ou une gangrène de cause quelconque. L'autoplastie elle-même n'avait donné jusque dans ces derniers temps que des résultats fort imparfaits, dont nous avons tous été témoins ou acteurs, en déplorant l'insuffisance de ce moyen. L'autoplastie n'est devenue réellement efficace que quand on a eu l'idée de lui adjoindre la suture des paupières.

Cette idée heureuse, entrevue par Lisfranc, essayée par divers chirurgiens, MM. Maisonneuve, Mirault, Huguier, a permis à M. le professeur Denonvilliers d'obtenir de véritables succès dans la restauration des paupières. Mais on comprendra facilement qu'il serait préférable d'éviter une opération très-complexe, dont le moindre inconvénient est de laisser des cicatrices dans les points qui ont fourni les lambeaux, et qu'il vaudrait mieux prévenir la difformité que de la réparer. Or je crois que ce but peut être sûrement atteint en pratiquant la suture des paupières immédiatement après la chute des eschares, et en maintenant leur réunion pendant la formation des cicatrices, et assez de temps ensuite pour que le tissu inodulaire ait épuisé toute la durée de sa rétraction. La cause des ectropions, après la gangrène des paupières, vient de ce que les bords libres, abandonnés à eux-mêmes, vont se souder au bord cutané qui est resté sur la limite de la gangrène. Si l'on s'oppose au déplacement de ces bords libres, ce que l'on obtient en les réunissant d'une manière fixe, on conserve aux paupières leur étendue normale, agissant alors de la même manière et avec le même avantage que quand on pratique cette suture pour assurer le succès de l'autoplastie. C'est donc simplement

employer à prévenir une difformité un moyen déjà conseillé pour la réparer et la guérir.

Voici à quelle occasion j'ai eu recours à cette méthode, et voici l'observation que je donne à l'appui pour en faire ressortir l'utilité.

Le 7 novembre 1859 entra à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le nommé G..., homme de vingt-cinq ans, fort et vigoureux, qui, étant en congé de semestre, travaillait chez un mégissier de la ville.

Deux jours auparavant, le 5, il avait senti à la paupière supérieure de l'œil gauche une démangeaison.

Le 6, il alla voir un médecin, qui constata que la paupière était rouge et légèrement gonflée.

Le 7, quand ce militaire entra à l'hôpital, l'interne de service, trouvant l'œil rouge et les paupières volumineuses, fit appliquer douze sangsues à la tempe.

Le 8 au matin, je vis le malade pour la première fois. L'état était le suivant : les deux paupières de l'œil gauche sont gonflées, distendues comme par un liquide transparent. La supérieure l'est beaucoup plus que l'inférieure ; sa surface est unie, lisse, rosée, sans écorchure ni croûte, bouton ou pustule. Cependant, en l'examinant très-attentivement, on trouve près de l'angle interne, un peu au-dessus des cils, une rangée de petites élevures ou vésicules. On dirait que là, dans de légères boursouflures, la sérosité qui est infiltrée dans la paupière est près de sortir (1). En écartant les paupières, ce qui est difficile, on trouve que la cornée est saine, sans injection, mais entourée d'un chémosis transparent, non rouge, formé par la conjonctive scléroticale. La face interne des paupières est rouge et injectée. Très-léger gonflement des téguments à la tempe gauche, que même on peut attribuer aux sangsues appliquées la veille. Point de gonflement ni de rougeur au front, au nez, ni ailleurs. Point de fièvre. Aucun symptôme général.

Bien que le malade nous eût appris lui-même qu'il travaillait chez un mégissier, et que j'eusse déjà vu antérieurement deux cas d'*œdème malin des paupières,* dont l'un terminé par la mort, j'avoue que je ne reconnus pas celui-ci, et que j'attendis pour formuler mon diagnostic.

Mais le lendemain mercredi 9, le doute n'était plus possible. Les

(1) Je me sers ici du mot *vésicules*, parce que je n'en ai pas de meilleur pour le remplacer ; mais je dois dire que ces légères élevures étaient bien loin de ressembler aux vésicules qui entourent le bouton dans la pustule maligne proprement dite.

deux paupières, beaucoup plus volumineuses que la veille, sont dures et s'appuient l'une sur l'autre en se pressant fortement par une surface aplatie près des bords libres. On ne peut plus les écarter pour voir l'état de l'œil; mais en cherchant à le faire, on fait sortir de dessous elles une notable quantité de muco-pus. Le gonflement s'est étendu au front, jusqu'au-dessus de l'œil droit, à la tempe, à toute la joue, à la lèvre supérieure, qui est tendue et déjetée de manière à dévier la bouche, à l'angle de la mâchoire et au côté gauche du cou. Le pouls est à 120, fort et tendu. Ni mal au cœur, ni envie de vomir. Aucun bouton, aucune pustule en aucun point de la paupière. La petite rangée de très-légères vésicules est exactement comme la veille. — Je cautérise avec une lentille de potasse caustique, tenue par une pince, sur la partie même où sont les vésicules.

Je promène et maintiens le caustique assez de temps pour enlever l'épiderme et avoir un peu de sang; j'appuie encore pendant une ou deux minutes après que la surface est devenue saignante, et je produis ainsi une plaque noire ou eschare molle ayant 1 centimètre de longueur et de hauteur. Cette étendue de l'eschare qui paraît grande, s'explique par l'énorme développement des paupières, qui ont acquis, par l'effet du gonflement, une surface triple des dimensions ordinaires. — Infusion de quinquina pour tisane, sinapismes, bouillons.

Le jeudi 10, nuit très-agitée, sans sommeil; paupières plus volumineuses encore, devenues *dures comme du bois*. La joue elle-même a une dureté ligneuse, et sa peau est si tendue qu'on dirait qu'elle est sur le point de s'érailler par places. Elle est d'un rouge uniforme, pas très-vif, pas beaucoup plus marqué que de l'autre côté du visage. Le gonflement s'est étendu à tout le front, aux paupières de l'œil droit, au cuir chevelu, au cou, surtout à gauche, et au haut de la poitrine. La bouche est très-déviée; le malade boit et avale très-difficilement.

L'eschare produite hier s'est agrandie par imbibition ou mieux par endosmose du liquide caustique. En outre, une autre eschare, venue spontanément, se montre en dehors vers le bord adhérent de la paupière, parallèlement au sourcil. Cette plaque de sphacèle est distincte de la première et séparée d'elle par un pont de parties saines. La surface en est brune, sèche, non humide.

En voulant ouvrir les paupières, ce qui n'est plus possible, on fait jaillir un flot de liquide clair, de la quantité d'une bonne cuillerée à café, et à une seconde tentative il sort un flot de pus. Sur le moment même, on pouvait se demander si ce liquide ne provenait pas

de l'humeur aqueuse, et si le pus n'indiquait pas une fonte et une perforation de la cornée. — Anxiété générale très-grande, pouls à 124. Point d'envies de vomir.

Le soir, à six heures, très-grande agitation. Le gonflement a encore augmenté d'une manière notable. Je suis très-inquiet sur ce qui va se passer d'ici à demain matin. Cependant je ne renouvelle pas la cautérisation (1). Je prescris de nouveaux sinapismes et une potion contenant 10 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le vendredi 11, la nuit a été extrêmement agitée; le malade est un peu plus calme le matin. L'enflure s'est étendue plus loin, à la tête, au front, au cou, à la poitrine, mais elle est moins tendue; et ce qui est un signe certain d'amélioration, son caractère de dureté *ligneuse* n'existe plus qu'aux paupières et à leur voisinage : ailleurs, il y a plus de mollesse. Les eschares se sont beaucoup agrandies. A la paupière supérieure, les deux eschares se joignent et comprennent toute la paupière; à l'inférieure, il y en a une large qui s'est établie depuis hier. — Pouls à 100. Même potion, potages.

A partir de ce moment, la guérison devint certaine et fit de rapides progrès.

Le 16, on put écarter les paupières et s'assurer que l'œil était sain. Il y a seulement toujours un chémosis considérable autour de la cornée.

La totalité du gonflement disparut du 22 au 24, c'est-à-dire dix-huit jours après le début.

Les eschares se soulevèrent graduellement sur les bords, et le 30 je les détachai complétement par un coup de ciseau sur leur face profonde. Elles étaient noires, sèches et dures comme du cuir brûlé ou noirci au feu. La plaie de la paupière supérieure était énorme, s'étendant depuis le sourcil jusqu'à 2 millimètres du bord ciliaire, et depuis la caroncule lacrymale jusqu'à la commissure externe. Même ici elle se prolongeait par une fente jusqu'à la région temporale, il sortit

(1) Après une cautérisation pratiquée avec soin par un médecin habitué à soigner des pustules malignes, il ne faut pas s'effrayer de la continuation des accidents, et même de leur augmentation. Une nouvelle cautérisation même alors, faite un ou deux jours plus tard, serait inutile. Ce précepte très-important, que je ne dois pas développer ici, a été donné par M. Bourgeois, d'Étampes, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en vérifier la justesse.

par cette fente un bourbillon de tissu cellulaire, sphacélé sous la peau restée saine.

A la paupière inférieure, la plaie de l'eschare est moins étendue, ne comprend pas toute la hauteur de la paupière, et ne commence qu'à 4 millimètres au-dessous du bord ciliaire. En dedans, elle ne va pas non plus jusqu'à la commissure, et s'arrête à 1 centimètre d'elle. Chacune des eschares était épaisse de 3 ou 4 millimètres, et comprenait, outre la peau du tissu cellulaire, et sans aucun doute, une partie du muscle palpébral. Elles étaient, en outre, si étendues, qu'elles dépassaient en dimensions les paupières telles qu'elles sont à l'état sain.

Cette particularité, qui semble étrange au premier abord, tient à ce que le gonflement et l'œdème donnent à ces parties des dimensions doubles ou triples de ce qu'elles ont naturellement, et la mortification est proportionnée à cet excès de volume.

La manière dont s'établit le sphacèle dans ce cas est digne de remarque. Je ne fis porter mon caustique que sur un point limité de la paupière supérieure, et bientôt toute celle-ci se mortifia, ainsi que la plus grande partie de l'inférieure. Cela prouve que la crainte que l'on pourrait avoir de cautériser trop n'est pas fondée, puisque les parties que l'on voudrait ménager sont destinées à se mortifier également. Je ne veux pas dire pourtant qu'on ne doit pas ménager l'action du caustique, mais je montre que malgré notre réserve la maladie même étend la mortification. La tension des parties doit être ici une des causes principales de ce résultat. C'est parce que les paupières sont infiltrées, et la peau qui les recouvre distendue à l'excès, que celle-ci se mortifie. Je me demande si l'on n'éviterait pas une partie des eschares en faisant des mouchetures à temps dans la partie tuméfiée. Je ne propose toutefois cela qu'en hésitant, parce que probablement on m'objectera que dans une telle maladie il y a un virus, un principe toxique, et que c'est ce virus qui amène le sphacèle. L'expérience seule, à mon avis, pourrait se prononcer ici. Et je crois que je me déciderais à la tenter, si j'avais à traiter un autre cas d'œdème malin des paupières, d'autant plus, comme je l'ai fait remarquer, que la gangrène tendant à s'établir d'elle-même et dans une grande étendue, il y a moins à risquer qu'on ne pense.

Le lundi 5 décembre, je procédai à la réunion des paupières.

Voici quel était l'état des parties à ce moment. Le globe oculaire est sain. La conjonctive qui le recouvre est seulement un peu rouge et boursouflée vers les angles. Les paupières sont assez largement

étalées pour recouvrir l'œil aisément, quand on les rapproche, sans qu'il soit nécessaire de faire beaucoup d'effort pour mettre les bords en contact. La supérieure a perdu sa peau depuis le sourcil jusqu'à 1 millimètre des cils, et depuis le tendon interne du muscle palpébral jusqu'au delà même de l'angle externe. La paupière inférieure conserve sa peau dans le cinquième de sa longueur environ vers l'angle interne, et pour le reste dans une bandelette de 3 millimètres au-dessous des cils. Cette paupière a de très-faibles mouvements à peine visibles ; la supérieure se meut davantage, monte et s'abaisse par le mouvement de son muscle élévateur propre. La conjonctive palpébrale est rouge et gonflée, ainsi que les bords ciliaires, et il y a une assez notable inflammation dans les parties. Mais je me décide néanmoins à pratiquer la suture à cette époque, c'est-à-dire quatre jours après l'entier détachement des eschares, afin d'avoir des tissus mous, capables de s'étendre, et afin de prévenir l'action des tissus de cicatrice.

Pour faire la suture, je commençai par poser mes fils, qui étaient en soie fine et cirée, au nombre de cinq, espacés de l'angle interne à l'angle externe des paupières, et, pour les passer, je me servis d'une aiguille fine à coudre ordinaire, avec laquelle je traversai les bords de part en part, commençant par l'inférieur et piquant immédiatement en deçà de la ligne des cils ; ensuite, j'avivai les bords ciliaires à l'aide d'une pince à dents de souris et de petits ciseaux courbes, de manière à n'enlever que la muqueuse qui recouvre le bord saillant et libre du cartilage tarse à chaque paupière. Les surfaces avivées saignèrent beaucoup, et je serrai les fils immédiatement. Mon premier fil était placé en dehors des points lacrymaux, de façon à laisser libre en dedans un espace de 3 à 4 millimètres ; et le dernier laissa libre également à la commissure externe un espace moins large de 1 à 2 millimètres.

Le lendemain 6 décembre, les deux paupières étaient gonflées et tuméfiées, et je fis placer trois sangsues, une dessus et deux au-dessous de la paupière inférieure.

Le 7, moins de gonflement et de tension. Quelques brins de charpie sont introduits par l'angle interne, afin de faciliter la sortie des larmes et du mucus.

Le 8, j'ôte les fils, et je place sur les deux paupières deux bandelettes de linge imbibées de collodion pour maintenir le rapprochement établi.

Le 10, j'enlève les bandelettes de collodion, et je trouve que la

réunion est faite exactement partout, excepté aux deux angles, comme il a été dit. Les paupières sont peu gonflées. Alors, de temps en temps, on passe un crayon de nitrate d'argent sur la surface des paupières, on fait une injection au-devant de l'œil, par l'angle interne, avec la seringue d'Anel pour le nettoyer. L'union des paupières est solide et intime partout. Les larmes sortent aisément par l'angle interne. Les cils sont bien dirigés. La cicatrice des plaies des paupières se fait graduellement.

Le 13 mars, je détruisis la suture des paupières.

Voici quel était l'état des parties à ce moment :

Les paupières sont souples, unies, lisses, et paraissent avoir leur épaisseur ordinaire. Les cils sont droits, bien rangés. Le niveau de la suture est un peu plus élevé que ne l'est la jonction des deux paupières fermées de l'autre œil, et si l'on mesure exactement la distance entre cette ligne de suture et le sourcil, on trouve 15 millimètres, tandis que la paupière de l'autre œil a 19 millimètres, ce qui prouve que la paupière supérieure gauche a perdu de sa hauteur, et a entraîné un peu en haut la ligne des cils et par suite la paupière inférieure, qui s'est allongée en quelque sorte pour combler le déficit. Les larmes s'écoulent très-facilement par l'angle interne, par lequel on aperçoit un peu de la sclérotique, qui est blanche et non enflammée.

Pour rompre la suture, je glissai une sonde cannelée par l'angle interne, au-devant du globe oculaire, la cannelure dirigée en avant contre les cils, et avec un bistouri étroit glissé dans la cannelure, je coupai graduellement jusqu'à l'angle externe en tâchant de me tenir à égale distance des deux rangées de cils, car on ne pouvait pas se guider sur une ligne visible de cicatrice. Comme j'avais laissé un point libre à l'angle externe, cet angle garda sa régularité et sa conformation naturelles. Le globe oculaire était sain, non injecté; la face interne des paupières était rouge. Le malade vit très-clairement de cet œil au moment même. La pupille était élargie. Je plaçai un peu de charpie entre les deux paupières, et recouvris l'œil d'un linge cératé. Après six jours de ce pansement, les bords étaient complétement cicatrisés.

Etat des parties le 17 mars. — La paupière inférieure est immobile; la supérieure peut s'élever et s'abaisser, principalement par l'action de son muscle élévateur. Cependant il faut que des fibres du muscle palpébral aient échappé au sphacèle, car le malade peut fermer les deux paupières activement en abaissant la supérieure. Par ce mouvement, le globe oculaire est presque entièrement couvert; il

reste seulement un léger intervalle, qui est de 2 millimètres dans l'occlusion modérée et ordinaire, et qui reste de 1 millimètre quand le malade fait effort pour fermer l'œil. Celui-ci est un peu injecté, mais supporte facilement la lumière et voit bien.

Le 2 mai, G..., que j'avais retenu à grand'peine jusque-là, et qui me sollicitait depuis longtemps pour sortir, quitta l'hôpital. Les paupières sont souples, molles, paraissent avoir une épaisseur normale. Chose surprenante, toutes les cicatrices sont linéaires, plates et peu visibles. Les paupières s'ouvrent et se ferment au même degré que le 17 mars, et n'ont rien perdu de leurs dimensions et de leurs mouvements. La supérieure s'enroule et se cache sous l'arcade orbitaire pendant l'élévation, et se déroule pour fermer l'œil, qui se recouvre parfaitement. En regardant cet homme, il faut faire une grande attention pour trouver une différence entre cet œil et l'autre. On voit alors que le sourcil est un peu abaissé et la ligne interciliaire un peu plus élevée qu'à l'autre œil. La vue, de ce côté, est un peu moins bonne; moins nette que de l'autre côté. La pupille est mobile, mais reste un peu plus large que celle de l'autre œil. Ces deux résultats disparaîtront avec le temps.

En résumé, suture des paupières pratiquée cinq jours après la chute des eschares; occlusion de l'œil pendant trois mois et huit jours. A ce moment, séparation des paupières, qui sont souples, mobiles, et recouvrent complétement l'œil. Le même état satisfaisant existe deux mois après, quand le malade quitte l'hôpital.

Remarques. — Je déclare, sans hésiter, que je regarde le résultat obtenu chez ce malade comme un succès qui a atteint le but que je m'étais proposé, c'est-à-dire d'empêcher la formation d'ectropions aux deux paupières. Il est probable que l'on trouvera que la suture n'a pas été maintenue assez longtemps, et que peut-être la rétraction secondaire des cicatrices aura fait perdre à G... une partie des avantages que j'ai indiqués. Je pense moi-même qu'il vaudrait mieux maintenir l'occlusion pendant six mois, au lieu de trois; mais, dans le cas présent, il m'a été impossible de décider mon malade à rester plus longtemps à l'hôpital. Je crois pourtant, à la manière dont les paupières étaient souples, molles et semblables à des paupières ordinaires, qu'elles auront dû perdre très-peu et peut-être pas du tout ultérieurement, d'autant moins que pendant les quarante-neuf jours qui se sont écoulés sous mes yeux, entre leur décollement et la sortie de l'hôpital, il ne s'est fait aucun changement dans leur état. Enfin, d'ailleurs, de la justesse de cette remarque, que je ne veux ni mé-

connaître ni écarter, il résulte seulement qu'on devra maintenir la réunion des paupières le plus longtemps possible, et six ou huit mois plutôt que trois ou quatre. Mais il demeure certain, néanmoins, qu'on a dans cette opération un moyen de prévenir l'ectropion. J'ai vu assez souvent la pustule maligne donner lieu au sphacèle des paupières, et j'ai vu s'établir alors des ectropions devant lesquels je restais spectateur désarmé. Or, je puis affirmer que la gangrène de ces parties chez G... aurait amené inévitablement une adhérence du bord ciliaire au sourcil pour la paupière supérieure, et une adhérence du bord ciliaire à la joue pour la paupière inférieure. Au lieu de cela, les ectropions ont été nuls; la paupière supérieure est restée seulement un peu courte.

L'opération elle-même de la suture des paupières est une chose facile à exécuter. Depuis le jour où elle a été proposée par M. Maisonneuve d'après les idées de Lisfranc, elle a été simplifiée. Les deux procédés employés par M. Mirault (d'Angers) et celui de M. Huguier sont compliqués, et donnent un résultat incomplet et incertain. Rien n'est facile, au contraire, comme d'aviver les bords ciliaires et de les unir par des fils. Il est avantageux d'en poser un grand nombre, cinq ou six, et de se servir d'un fil très-fin et d'une aiguille très-fine (aiguille à coudre ordinaire). Ce procédé, au reste, ne m'appartient pas; il est celui de M. Denonvilliers. Je recommande seulement de ne pas faire l'avivement tout à fait dans l'angle externe, et de poser le dernier fil à un ou deux millimètres de cette commissure, comme d'ailleurs on le fait pour l'angle interne, afin de ménager les points lacrymaux. Cela permet d'introduire un stylet cannelé d'une commissure à l'autre pour conduire le bistouri quand on veut désunir les paupières, ce qui est d'autant plus utile qu'on n'a pas un guide très-assuré dans la ligne interciliaire, parce que les cils peuvent être déviés, ni dans la cicatrice, qui, étant entre deux surfaces muqueuses, est presque invisible. D'ailleurs, l'intervalle compris entre ces deux points extrêmes suffit pour donner lieu à une union aussi étendue que possible; les paupières sont jointes et fermées comme dans le sommeil. Enfin, la réunion primitive s'obtient facilement. On a vu que les six points de suture avaient pris tous après le troisième jour, et cependant j'agissais sur des paupières enflammées, et cinq jours après la chute des eschares.

M. HUGUIER demande à M. Debrou en quoi le procédé qu'il a expérimenté diffère de celui que M. Huguier a employé. Pour lui, il

ne voit aucune différence entre son procédé d'opération et celui qui a été suivi par M. Debrou.

M. DEBROU. Mais je crois que M. Huguier fait porter son avivement sur la peau de la paupière supérieure. C'est du moins ce que j'ai compris, après les recherches auxquelles je me suis livré.

M. HUGUIER répond à M. Debrou que jamais il n'a posé de tels principes : il avive le bord libre des paupières, comme le fait M. Denonvilliers ; il fait une suture, comme le dit M. Debrou ; il se sert d'une aiguille à coudre détrempée, parce que ces aiguilles ont l'avantage de ne pas couper les tissus ; mais son procédé n'a rien de différent de celui de M. Debrou.

M. RICHARD fait remarquer que M. Denonvilliers a insisté pour que l'avivement portât sur la partie muqueuse du bord libre de la paupière, et cette recommandation a son importance.

M. HUGUIER ne trouve pas d'importance dans cette recommandation, pour beaucoup de cas, quand le lambeau se taille bien, quand la muqueuse ne fait pas hernie, et quand on n'a pas à se débarrasser d'un bourgeonnement muqueux. M. Huguier avive le bord libre ; c'est donc un avivement portant sur la muqueuse ; car il ne peut pas appeler *tissu cutané* cette partie du bord libre de la paupière comprise entre les cils et le bord postérieur du cartilage palpébral.

M. RICHARD insiste sur l'importance du point qu'il a signalé dans le procédé de M. Denonvilliers, au point de vue de la cicatrice future. Les cils sont plus respectés, et quand on détruit l'ankylose blépharon, le bord libre est et reste plus net que quand l'avivement a porté sur le bord libre tout entier, et à plus forte raison sur la peau. C'est une opération, du reste, assez délicate ; et, dans certains cas, l'avivement doit comprendre une étendue, en largeur, d'au moins 4 millimètres.

M. Debrou fait remarquer qu'il faut établir une distinction, suivant que l'opération est faite pour remédier à une difformité existant déjà depuis longtemps, ou pour prévenir cette difformité. Dans le premier cas, c'est une blépharoplastie ; dans le second, c'est une opération préventive. Or M. Debrou ne s'est placé qu'à ce dernier point de vue dans le travail qu'il vient de lire à la Société. Dans ce dernier cas, quand on pratique une opération préventive, M. Debrou pense qu'un avivement de 1 à 2 millimètres est bien suffisant.

M. HUGUIER ne pense pas, avec M. Richard, que l'opération soit bien difficile, et il a toujours pu pratiquer très-aisément ces avivements en se servant de ciseaux bien affilés et de bonnes pinces.

M. MICHON. Je voudrais revenir sur un autre point de l'histoire de la pustule maligne, traité dans l'intéressant travail de M. Debrou. — M. Debrou pense qu'une cautérisation bien faite suffit. Je ne suis pas de son avis : il faut quelquefois plusieurs cautérisations ; il faut agir aussi longtemps que la pustule fait des progrès. Il est facile, pour un œil un peu exercé, de distinguer l'œdème et le gonflement *malin* de l'œdème et du gonflement inflammatoire provoqués par le traitement. Un chirurgien habile pourra, sans doute, en agissant bien, réussir dans beaucoup de cas à arrêter les progrès d'une pustule maligne, à l'aide d'une seule cautérisation, mais il devra bien quelquefois aussi revenir à d'autres cautérisations. Le précepte posé par M. Debrou me paraît dangereux. Quand une première cautérisation n'a pas suffi, il faut poursuivre.

M. DEBROU. Je ne voudrais pas entrer dans une discussion qui nous entraînerait trop loin. La lecture que j'ai eu l'honneur de faire aujourd'hui avait surtout rapport à un procédé opératoire. Pourtant je persiste dans les affirmations que j'ai accidentellement introduites dans mon travail. J'admets très-bien, avec M. Michon, que le gonflement produit par le virus diffère du gonflement produit par la cautérisation. Mais j'ajoute qu'une cautérisation doit suffire.

M. BOINET ajoute que, dans un assez bon nombre de cas, la pustule maligne guérit ou peut guérir spontanément. Les malades arrivent souvent quand le virus a déjà été absorbé, et, dans ces circonstances, si la guérison survient, cette guérison doit-elle être attribuée à la cautérisation ?

M. DEBROU prend, à la suite de cette discussion, la parole pour présenter deux pièces :

1° *Voûte du crâne d'un jeune soldat qui a reçu un coup de pied de cheval sur le frontal, à la partie antérieure.* — Esquilles nombreuses, dont l'une ayant 18 millimètres de longueur sur 10 de largeur, détachée de la partie antérieure du frontal, a été projetée ou lancée en arrière et en haut, a déchiré la dure-mère, est entrée dans la cavité arachnoïdienne, et est allée se placer à la face interne du crâne en dessous de la dure-mère, au niveau de la suture fronto-pariétale, à 7 ou 8 centimètres de son point de départ. — A ce même niveau du point où était fixée cette esquille, commençait un kyste séreux, à parois demi-transparentes, assez épaisses vers le centre surtout, où elles avaient de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, contenant 120 grammes environ d'un liquide séro-sanguinolent, sans flocons ni caillots sanguins ; cette poche ou kyste, qui avait le volume d'un gros œuf de

dinde et presque du poing, déprimait les circonvolutions cérébrales de 1 centimètre et demi vers le milieu, et s'étendait en avant jusqu'à la partie antérieure du lobe cérébral antérieur droit, qui en ce lieu était déchiré et correspondait au centre de la fracture du frontal. La dissection a paru démontrer que le kyste était développé dans la cavité de l'arachnoïde, entre ses deux feuillets, et l'absence de toute trace de caillot sanguin soit dans son intérieur, soit autour, fait croire que le kyste s'est formé par un travail inflammatoire, et n'a pas été le résultat d'un caillot. — Tout autour du kyste, sur les deux faces latérales de l'hémisphère droit, on trouvait du pus par places dans les mailles de la pie-mère. — Le fragment osseux sus-indiqué précédemment, et qui a été transporté à la face interne du crâne, à une distance de 7 ou 8 centimètres, s'y est fixé solidement, au point qu'il est impossible de le détacher. Et un fragment de la dure-mère, visible encore sur la pièce, est placé entre cette esquille et l'os même; ce qui prouve que l'adhérence s'est faite sur la dure-mère.

Le plus remarquable est que ces lésions pathologiques se sont produites en soixante-cinq heures. — Le malade a été blessé le 4 avril 1860 à sept heures du soir; il a succombé le 7 à midi.

2° *Temporal d'un jeune homme mort phthisique, et qui avait depuis longtemps une fistule osseuse à l'apophyse mastoïde.* — On voit sur la pièce un séquestre contenu dans l'apophyse mastoïde.

Un trou s'était établi spontanément au dehors, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde, et le pus s'échappait par cette fistule à travers la peau, qui s'était ulcérée. Deux autres ouvertures faisaient communiquer la cavité du séquestre en dedans du crâne; toutes les deux, à la base de l'apophyse pétrée, séparées l'une de l'autre par un pont osseux. La dure-mère à ce niveau n'était perforée nulle part; elle était seulement décollée, épaissie, et entre elle et la surface du crâne, légèrement érodée, existait une couche assez épaisse et assez étendue de matière tuberculeuse molle, très-reconnaissable au sein du pus qui l'entourait par places.

Cette matière tuberculeuse s'étendait jusqu'au sinus latéral, qui n'était toutefois ni érodé ni entamé. Il n'y avait à ce niveau aucune trace d'inflammation dans l'arachnoïde, ni la pie-mère, ni le cerveau. Le malade n'a eu à aucune époque d'accidents cérébraux ni même de délire. Il s'est éteint comme les phthisiques.

Les poumons étaient farcis de tubercules et contenaient plusieurs vastes cavernes.

Cette pièce prouve qu'il y a des cas de nécrose tuberculeuse et

d'un séquestre contenu dans l'apophyse mastoïde où l'opération qui consisterait à extraire ce séquestre devenu mobile et libre est contre-indiquée, et n'aurait aucun résultat utile.

— L'ordre du jour appelle le vote de la Société pour la nomination d'une commission qui devra examiner les travaux envoyés pour le prix Duval. — La commission doit être composée de cinq membres.

Voici le dépouillement du scrutin :

MM.	Giraldès	9 voix.
	Bauchet	8 —
	Depaul	8 —
	Verneuil	7 —
	Guérin	7 —

En conséquence, ces cinq membres de la Société sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire, BAUCHET.

Séance du 31 octobre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Maurice Perrin fait hommage, en son nom et au nom de ses collaborateurs, d'un travail intitulé : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques*, recherches expérimentales par MM. Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy. Paris, 1860, in-8°.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Tholozan, premier médecin du schah de Perse, un mémoire intitulé : *Des calculs vésicaux en Perse ; quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès.*

Ce travail est accompagné d'une lettre de candidature au titre de correspondant national, et de l'exposé des travaux antérieurs de M. Tholozan, ancien agrégé de l'école du Val-de-Grâce et médecin major de l'armée.

Il a envoyé en même temps à M. Larrey 17 calculs, dont 14 ont été extraits par la taille et 3 par l'urèthre; et il a pensé que, à l'ap-

pui de son observation, on pourrait utilement examiner les calculs eux-mêmes, en recherchant s'ils ont la même composition qu'en Europe.

M. Coulier, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a fait l'analyse de ces concrétions pierreuses, après les avoir sciées avec soin, et il a reconnu qu'elles ne différaient en rien des calculs observés dans nos pays. Il suppose qu'il existe en Perse des eaux minérales alcalines analogues à celles de Vichy, et que l'on pourrait soumettre utilement à leur emploi les malades atteints de quelques-unes de ces affections.

M. Larrey déposera la collection de ces calculs au musée d'anatomie du Val-de-Grâce, et il obtient de la Société l'autorisation de faire insérer le résumé des observations de M. Tholozan dans les *Mémoires de médecine militaire*.

Une commission composée de MM. Guersant, Larrey et Marjolin, fera un rapport à la Société sur le travail et la candidature de M. Tholozan.

— M. Gosselin présente, au nom de M. E. Godard, qui en fait hommage à la Société, les travaux suivants :

A. *Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme.*

B. *Recherches sur la substance graisseuse du rein.*

— M. Chassaignac présente à la Société, au nom de M. Minkiewiez, chirurgien russe, une brochure ayant pour titre : *Cancer de la face et du crâne.*

— M. Larrey a reçu de M. Lawrence, de Londres, une lettre par laquelle l'illustre associé étranger lui demande si la Société possède dans sa bibliothèque les publications du *Collége des chirurgiens d'Angleterre*, afin de les lui offrir ou de les compléter au besoin.

Cette collection a déjà été transmise de la part du Collége lui-même, et par l'intermédiaire de M. Giraldès, à la Société, qui charge M. Larrey de tous ses remercîments pour M. Lawrence.

— M. J. Bourgeois, d'Etampes, écrit pour demander le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature un manuscrit intitulé : *Note sur le traitement des fractures non compliquées de la clavicule par la simple écharpe, etc.* (Commissaires, MM. Boinet, Huguier et Debout.)

M. Bourgeois adresse, en outre, à la Société, par l'intermédiaire de M. Boinet, un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes du charbon externe chez l'homme.* Paris, 1860, in-8°.

Il y a quelques mois, ajoute M. Boinet, la Société se souvient que j'eus l'honneur de lui faire un rapport sur un travail de M. Putégnat (de Lunéville), qui avait trait à la pustule maligne et au charbon malin. Peu au courant de cette maladie, qui se rencontre rarement dans nos grandes villes, j'avais fait appel à la vaste expérience de M. Bourgeois (d'Etampes), pour avoir quelques renseignements sur cette grave et importante maladie, et aussitôt ce savant confrère avait eu la bonté de mettre à ma disposition un énorme manuscrit, qui est devenu aujourd'hui l'excellent livre que j'ai l'honneur d'offrir à la Société, de la part de M. Bourgeois. Si la Société veut bien me le permettre, je vais lui signaler les points les plus importants de ce traité le plus complet sur les affections charbonneuses.

Vous savez que pendant longtemps on a confondu, et que trop de médecins encore confondent la pustule maligne avec toutes les affections de nature et d'apparence gangréneuse ; cependant cette maladie n'était pas entièrement inconnue aux anciens, puisqu'on en trouve des traces dans Celse, Galien, Paul d'Egine, etc.; mais il faut arriver jusqu'à la fin du dix-huitième siècle pour en avoir des descriptions plus exactes.

C'est à partir de cette époque seulement que Fournier, Montfils, Saucerotte, et surtout Enaux et Chaussier, distinguèrent nettement la pustule maligne, constamment de cause externe ; d'affections générales ou internes. Après ces auteurs, la science n'avait plus fait aucun progrès sur ce point, lorsqu'en 1843 M. Bourgeois étudia de nouveau cette maladie, et publia dans les *Archives générales de Médecine* un travail dont les nouvelles idées ont été adoptées par tous ceux qui depuis cette époque ont étudié la pustule maligne. Si l'on veut s'en convaincre, on n'a qu'à consulter les publications de MM. Maunoury et Salmon, les belles expériences de l'association médicale d'Eure-et-Loir sur les affections charbonneuses, et le livre plus récent de M. Raimbert.

Le livre que M. Bourgeois vient offrir aujourd'hui au public médical est donc une œuvre importante, aussi complète que possible, mais surtout éminemment pratique. Fixé dans un pays où les affections charbonneuses sont très-fréquentes, il a été à même de les étudier sous toutes les formes et à tous les degrés, et c'est le fruit de trente ans de pratique et le résumé de plus de mille observations qu'il nous apporte aujourd'hui.

M. Bourgeois a divisé son *Traité de la pustule maligne* en deux parties ; la première comprend un court historique, la description gé-

nérale de la pustule maligne, l'analyse de sa symptomatologie, l'étude des différents accidents réactionnaires qui lui sont propres et qu'on confond souvent avec les symptômes primitifs, l'examen spécial du mal suivant chaque région, l'exposition de l'œdème charbonneux, point tout à fait neuf, sur lequel M. Bourgeois a le premier appelé l'attention des praticiens, dans l'histoire de la pustule maligne, et enfin celle des désordres anatomiques observés après la mort.

Dans la seconde partie, M. Bourgeois s'occupe de la nature du virus de la pustule maligne et de l'œdème malin; il fait connaître ensuite sa manière de voir sur les variétés essentielles, expose leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement, et comme les difformités que laissent après elles ces maladies sont en grande partie le résultat de ce dernier, ce n'est qu'après l'avoir donné qu'il décrit successivement, et par région, les désordres permanents qui suivent la cautérisation.

M. Bourgeois termine par une série de propositions qui sont le résumé des points les plus importants exposés dans son ouvrage, et il conclut que la pustule maligne et l'œdème charbonneux sont des affections de nature identique.

Les affections charbonneuses de cause externe sont spécifiques, de nature essentiellement septique et gangréneuse, et occasionnées par nne cause appelée *virus charbonneux*. L'opinion émise par M. Piorry, que toutes les gangrènes, et notamment celles qui surviennent chez les typhoïdés par suite de pression, sont identiques à la pustule maligne, ne saurait être admise.

La cause constante consiste dans l'application sur la peau, le plus souvent recouverte de son épiderme, quelquefois mais rarement excoriée, de liquides, de chairs, de débris quelconques provenant d'animaux herbivores atteints habituellement de maladies charbonneuses.

Les dépouilles animales susceptibles de transmettre à l'homme le charbon peuvent, pendant, un temps indéterminé et malgré toutes les préparations qu'on leur a fait subir, conserver cette fâcheuse propriété.

Les affections charbonneuses ne s'observent que dans certains pays. La nature du sol, la sécheresse, paraissent être les deux principales causes de leur développement chez les animaux. L'opinion de Fournier, de Bayle, renouvelée par quelques médecins modernes, M. Putégnat entre autres, qui pensent que la pustule maligne peut se développer spontanément dans notre économie, n'est pas démontrée,

pas plus que les fièvres charbonneuses essentielles admises par MM. Salmon et Maunoury, Les exemples fournis par tous ces auteurs ne sont rien moins que concluants.

Il existe dans la marche de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux deux périodes bien tranchées, une *première* ou *locale*, et une seconde *générale* ou *d'intoxication*.

La pustule maligne présente des différences, suivant les régions où elle peut se développer. Selon certains auteurs, cela tiendrait à ce qu'elle ne serait pas toujours de même nature, à la quantité ou à la qualité du virus absorbé, à la profondeur à laquelle il aurait pénétré, etc. MM. Salmon et Maunoury en admettent une contagieuse, et l'autre qui ne le serait pas.

M. Bourgeois pense qu'il n'existe qu'une seule et même espèce de charbon externe, offrant, il est vrai, de nombreuses variétés, mais qui ne vont pas jusqu'à modifier son essence. Il en est de cette maladie comme de beaucoup d'autres de nature plus ou moins contagieuse, la petite vérole par exemple. Elle peut être plus ou moins forte, eu égard à l'idiosyncrasie du sujet ou à des circonstances inappréciables.

On peut avoir plusieurs pustules malignes à la fois, deux et même trois, et elles peuvent se montrer sur le même individu à des époques plus ou moins rapprochées.

Il n'existe pas de pustules malignes internes : les plaques, les élevures, souvent d'un fond noir, qu'on rencontre sur la muqueuse stomacale ou intestinale, sont le résultat de la décomposition des tissus.

Le bouton de la pustule maligne ne renferme jamais de pus, et sitôt qu'il en apparaît spontanément ou par suite de pression, on peut dire hardiment que le mal n'est pas charbonneux.

La pustule maligne est une maladie très-grave lorsqu'elle est abandonnée à son cours naturel ; mais elle est loin, même alors, d'être toujours mortelle.

L'œdème charbonneux est infiniment plus grave que la pustule elle-même.

Il n'y a qu'une manière vraiment efficace d'attaquer les maladies charbonneuses, c'est la cautérisation. M. Bourgeois préfère les caustiques, parce qu'ils détruisent mieux le mal que le fer rouge et occasionnent moins d'effroi, et, parmi les caustiques, c'est à la méthode potassique par dilution qu'il donne la préférence ; elle a l'avantage de ne détruire que ce que l'on veut et d'attaquer constamment le mal lui-même, et de produire des cicatrices moins difformes.

Ce court exposé suffira peut-être pour donner une idée de l'importance du livre de M. Bourgeois. C'est un ouvrage classique complet sous tous les rapports, et indispensable à tous ceux qui voudront étudier et connaître les affections charbonneuses et leurs différentes formes.

— **M. FOLLIN** présente, au nom de M. G. Closmadeuc, chirurgien à l'hôpital civil et militaire de Vannes, l'observation suivante :

Dans les *Œuvres d'A. Paré* (3e vol., p. 332, édit. Malgaigne) existe un chapitre intitulé *Piqûre de la tarcronde ou pastenaque*.

Cette pastenaque, dont Paré raconte les *merveilleuses* et *exécrables* vertus, conformément aux assertions des anciens médecins et naturalistes, tels que Dioscoride, Aétius, Pline, et le poëte Oppien, est un poisson assez commun sur nos côtes du Morbihan. Nos pêcheurs bretons, qui le connaissent bien et le regardent comme un animal des plus perfides et des plus dangereux, ne manquent jamais, avant de le saisir, de lui couper lestement cette fameuse queue armée d'un dard, auquel ils attribuent, presque dans les mêmes termes qu'A. Paré, les propriétés les plus venimeuses.

Par l'observation très-curieuse que je vous envoie, vous verrez qu'en mettant de côté les fables débitées par Ambroise Paré et par nos pêcheurs, la pastenaque mérite la réputation de poisson des plus dangereux.

Il ne s'agit de rien moins que d'un anévrysme poplité consécutif à une blessure artérielle produite par le dard de ce poisson.

Le malade atteint de cet anévrysme est actuellement dans mon service, à l'hôpital civil et militaire de Vannes.

En voici l'observation :

Anévrysme de l'artère poplitée, consécutif à une blessure produite par le dard d'une pastenaque (Pastenaca Raia.)

J... (Jean-François), âgé de vingt et un ans, laboureur de la commune de Penestin (Morbihan), tire à la conscription au mois de janvier 1860, et prend un mauvais numéro.

Le 1er juin, il passe à la visite du conseil de révision, et est déclaré propre au service.

Dans le courant d'août, J... étant à la pêche à l'embouchure de la Vilaine, les jambes enfoncées dans la vase jusqu'aux genoux, découvre dans les mailles de son filet une énorme pastenaque, du poids d'une vingtaine de livres. Il la lance de toutes ses forces vers la rive.

Le poisson, qui est vivant, se débat, glisse sur la vase, revient vers J..., et le blesse en lui enfonçant rapidement son dard aigu dans les chairs de la partie interne et inférieure de la cuisse gauche. Un sang vermeil jaillit immédiatement de la blessure en très-grande abondance. J..., qui se sent faiblir, appelle ses camarades, qui lui bandent le genou avec un mouchoir et le rapportent chez lui. Si l'on en croit le blessé, il aurait dans ce moment perdu deux *écuellées* de sang au moins.

De retour dans sa maison, J... est déposé dans son lit, ayant la jambe très-enflée, engourdie, douloureuse et à demi fléchie sur la cuisse, sans qu'il puisse l'étendre.

Le lendemain, il se fait conduire sur un cheval chez une vieille châtelaine du voisinage, qui lui donne un onguent pour panser sa plaie.

Au bout de quinze jours de repos au lit et de pansements à l'aide de l'onguent, la plaie est cicatrisée ; la jambe malade revient à son volume ordinaire, et les mouvements reprennent leur liberté. J... ne tarde pas à se remettre au travail, comme par le passé. Seulement il s'aperçoit qu'il a dans le jarret une grosseur du volume d'une petite noix. Du reste, pas de douleur, pas de gène dans la marche, rien qui soit de nature à lui faire penser qu'il n'est pas complétement guéri. Le mois de septembre et la première moitié d'octobre se passent sans aucun accident nouveau du côté du genou.

Le 17 octobre, au moment où J... vient de recevoir son billet de route pour rejoindre les drapeaux, il sent un *bouillonnement* suivi d'un *claquement* très-fort dans le jarret, avec douleur vive. Sur-le-champ la jambe s'engourdit, reste sans mouvement, et devient le siége d'un gonflement considérable dans toute sa longueur. Force est de se remettre au lit. Le malade se fait appliquer quelques sangsues le long de la jambe, parce que des commères lui disent que c'est un *coup de sang*.

Huit jours après, c'est-à-dire le 23 octobre, J... est dans le même état. Comme il doit être au chef-lieu le lendemain, il se fait transporter sur un cheval jusqu'à Muzillac (quatre lieues), prend la voiture, et arrive à Vannes (six lieues) très-fatigué et souffrant beaucoup.

Visité le 24 à la caserne par le chirurgien aide-major, il est envoyé à l'hôpital dans mon service, où je le vois dans l'état suivant :

Jambe gauche tuméfiée et dans une position de demi-flexion ; extension impossible ; traces de sangsues appliquées récemment.

A la partie inférieure et interne de la cuisse gauche, un peu au-

dessus du condyle fémoral, au niveau du bord antérieur du tendon du muscle couturier, une petite cicatrice de forme ovale et de couleur rouge (cette cicatrice n'a guère plus d'un demi-centimètre de largeur).

Dans le creux poplité, qui est effacé en partie, existe une tumeur du volume d'une petite orange, dépressible, fluctuante, présentant des pulsations expansives isochrones aux battements de la fémorale au pli de l'aine, avec bruit de souffle caractéristique à l'auscultation.

Lorsqu'on comprime l'artère crurale sur le pubis, les battements de la tumeur poplitée cessent, et une pression exercée sur le sac anévrysmal suffit pour le vider. Lorsqu'on cesse la compression de la fémorale, le sac se remplit de nouveau, et la tumeur reprend ses caractères.

Notons que ces manœuvres sont redoutées par le malade, parce qu'elles occasionnent dans les muscles du mollet des contractions spasmodiques extrêmement douloureuses.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, et M. Bertherand (d'Alger), membres correspondants, assistent à la séance.

LECTURES.

Fongus des gaînes synoviales du long abducteur et court extenseur du pouce. — M. NOTTA lit sous ce titre la note suivante :

L'aï ou crépitation douloureuse des tendons, qui a son siége de prédilection dans la gaîne du long abducteur et du court extenseur du pouce, est une maladie sans gravité et qui se termine le plus ordinairement par la guérison. Cependant M. Velpeau (*Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XXV, p. 292) dit avoir rencontré trois malades chez lesquels cette affection était passée à l'état chronique et avait été suivie d'une transformation fongueuse des tissus fibro-synoviaux, depuis le quart inférieur du radius jusqu'à la racine du pouce. Là se bornent les réflexions de M. Velpeau, et il ne nous apprend rien sur les suites et le traitement de cette dégénérescence. D'un autre côté, le fongus des gaînes synoviales n'étant guère étudié que depuis quelques années, j'ai pensé qu'on pourrait trouver quelque intérêt dans la lecture de l'observation suivante au double point de vue de l'évolution de la maladie et de son traitement.

Une jeune fille, âgée de vingt cinq ans, domestique, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de rhumatismes ni d'affections articulaires, vint me consulter, le 29 décembre 1859, pour une tuméfaction

du poignet ayant son siége dans la gaîne des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce droit.

Il y a onze mois environ elle fit une chute sur le poignet droit et ressentit aussitôt une vive douleur sur le trajet du tendon du muscle long abducteur du pouce ; puis elle remarqua bientôt un gonflement considérable à la partie inférieure de ce muscle. D'après le conseil d'une voisine, elle établit sur cette tumeur une compression énergique avec une sorte de bracelet de fer-blanc.

Sous l'influence de cette compression, elle vit se produire le long du tendon du muscle, au-dessous du bracelet, une série de tumeurs de volume inégal, séparées les unes des autres par des étranglements, telles qu'elles existent aujourd'hui. Néanmoins elle conserva son bracelet de fer-blanc pendant huit jours, et lorsqu'elle le retira, la tumeur qui existait à la partie inférieure du muscle avait diminué, mais non disparu, et était dans l'état où nous la trouvons aujourd'hui. Depuis, la malade n'a fait aucun traitement ; cependant, craignant de voir sa position s'aggraver, elle se décide aujourd'hui à consulter.

Etat actuel, 29 décembre 1859. — A l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit on observe une saillie oblongue, ayant 5 centimètres dans son plus grand diamètre, contournant le bord radial de l'avant-bras, pour s'étendre obliquement sur sa face postérieure comme la gaîne des muscles long abducteur et court extenseur du pouce. L'extrémité inférieure de cette tumeur est séparée par un intervalle de 3 à 4 millimètres d'une autre tumeur arrondie, bilobée, du volume d'une grosse aveline, située sur le tendon du long abducteur et remplissant en partie le creux qui, au poignet, le sépare du tendon du long extenseur ; puis, au-dessous, le long du premier métacarpien, sur le même tendon, existent trois autres tumeurs plus petites, de la grosseur d'un pois, séparées les unes des autres par un étranglement.

Ces diverses tumeurs sont fluctuantes, et en pressant alternativement les unes sur les autres, il semble qu'elles communiquent entre elles et donnent une sensation particulière de petits corps qui passeraient d'une tumeur dans l'autre, sensation dont la malade a parfaitement conscience et qui existe dans les mouvements de flexion et d'extension du pouce depuis le début. Ces tumeurs sont sensibles à la pression et sont le siége de douleurs spontanées, lorsque la malade se fatigue, lorsqu'elle frotte les meubles. La peau ne présente aucun changement de coloration et n'est pas adhérente.

Les mouvements d'abduction du pouce sont très-bornés. L'extension des phalanges se fait bien. Si la malade veut tourner la main en

dedans, elle ressent une vive douleur qui l'empêche de compléter ce mouvement.

Traitement. — Appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans de l'alcool à 40° ; les renouveler fréquemment.

Le 12 janvier, la malade n'éprouvant aucun soulagement, je supprime les compresses et je fais appliquer successivement, pendant le reste du mois, quatre vésicatoires volants sur toute l'étendue de la tumeur.

En février, quatre nouveaux vésicatoires sont appliqués et sont pansés avec l'onguent napolitain.

Il y a de l'amélioration ; les tumeurs ont très-sensiblement diminué, excepté celle du milieu, qui est à peu près stationnaire.

Dans le courant de mars, les tumeurs augmentent de volume ; la sensation de petits corps passant de l'un dans l'autre ne peut plus être perçue.

En avril, la fluctuation devient obscure ; la tuméfaction augmente ; les dépressions qui séparent les diverses bosselures diminuent, et la tumeur présente une surface plus régulière. Les mouvements du pouce deviennent douloureux lorsqu'ils sont répétés, et ils éprouvent une gène telle que dans certains moments il est impossible à la malade de saisir un objet peu volumineux entre le pouce et les autres doigts.

Le 12 mai, la tumeur forme une saillie de 2 centimètres environ sur le trajet du tendon ; elle est oblongue, légèrement bosselée. Sa partie la plus volumineuse répond au niveau du poignet. On voit qu'elle s'est déplacée, ou plutôt sa partie supérieure, qui primitivement répondait à l'extrémité inférieure du muscle, a guéri sous l'influence des vésicatoires, et l'extrémité inférieure, qui était composée de plusieurs tumeurs, s'est développée.

Au palper, on perçoit une fluctuation très-obscure, qui n'est plus comparable avec celle qui existait précédemment lorsqu'on avait la sensation des corpuscules hordéiformes. La peau n'est pas adhérente.

Une ponction est pratiquée à la partie inférieure de la tumeur. Il ne s'écoule par la canule du trocart que quelques gouttes d'un liquide semblable à une épaisse solution de gomme. Je me décide alors à enlever la tumeur. Une longue incision de 10 centimètres est pratiquée suivant son axe ; la peau et le tissu cellulaire sont disséqués avec soin. Puis la tumeur est fendue avec précaution, afin de ne pas intéresser les tendons auxquels elle adhère, et qu'elle enveloppe complétement ; leur dissection est des plus laborieuses. La presque totalité de la tumeur est enlevée, excepté quelques parcelles qui restent au

fond de la plaie et sur quelques points des tendons. L'extrémité inférieure des muscles, mise à nu, est parfaitement saine.

Les fragments de la tumeur présentent l'aspect d'un morceau de riz de veau cru légèrement injecté. C'est un tissu mou, amorphe, grisâtre, ne laissant écouler aucun liquide par la pression, tellement adhérent au tendon, que dans plusieurs points ses couches les plus superficielles ont été enlevées avec la tumeur.

M. Follin, qui a eu l'obligeance d'examiner la tumeur au microscope, a reconnu qu'elle était entièrement composée de tissu fibroplastique.

La plaie est maintenue béante, et le membre est soumis à l'irrigation continue.

Le 17 mai, il n'est survenu aucune inflammation. L'eau froide commence à causer une sensation pénible. On supprime l'irrigation. — Pansement avec un linge enduit de cérat.

Le 20, des bourgeons charnus exubérants ont envahi la plaie. J'applique sur les parties les plus saillantes des plumasseaux de charpie trempés dans de la teinture d'iode pure. Ce pansement, qui est douloureux, est continué pendant cinq jours.

Le 25, les bourgeons charnus sont affaissés. — Pansement avec des bandelettes de sparadrap, de manière à comprimer fortement toute la plaie. Ce pansement est renouvelé tous les cinq ou six jours.

Le 16 juin, la malade est complétement guérie. Il n'y a aucun gonflement. Il existe seulement une cicatrice un peu large. Les mouvements du pouce sont entièrement conservés.

Réflexions. — Les diverses phases de la maladie sont parfaitement dessinées dans cette observation, et nous permettent de suivre pas à pas l'évolution du fongus de la gaîne synoviale.

Au début, nous voyons une jeune fille qui à la suite d'un effort est atteinte de crépitation douloureuse des tendons, limitées aux gaînes du long abducteur et du court extenseur du pouce. Sous l'influence d'une compression inintelligente, l'irritation de ces gaînes devient une véritable inflammation ; du liquide s'épanche, distend la synoviale là où le tissu fibreux qui la double offre le moins de résistance, et forme le chapelet de la tumeur que nous avons décrit sur le trajet du tendon.

Au lieu de garder le repos, la malade continue de travailler et ne fait aucun traitement ; l'inflammation se trouve ainsi entretenue, ou plutôt passe à l'état chronique, et au bout de onze mois, lorsque je vois la malade pour la première fois, je constate une fluctuation très-

évidente. Il y a donc du liquide, et, en outre, on perçoit la sensation de petits corps hordéiformes, passant d'une tumeur dans l'autre lorsqu'on les comprime alternativement.

Sous l'influence des vésicatoires volants répétés, pendant deux mois le liquide diminue, et par suite le volume de la tumeur; mais au bout de quelques semaines, la tuméfaction augmente de nouveau ; les dépressions qui séparent les tumeurs s'effacent, la fluctuation devient obscure, et la marche rapide du mal nous oblige à avoir recours à l'instrument tranchant.

Nous avions à craindre, en effet, que le fongus n'envahît les gaînes tendineuses, peut-être même l'articulation voisine, comme dans l'observation citée dans la thèse de M. Bidart (Paris, thèse, 1858).

L'extirpation de la tumeur nous prouve que le liquide a disparu, et que la tumeur est solide, uniquement formée par un fongus, intimement adhérent à la synoviale tendineuse et pariétale.

Ainsi la nature de cette affection est bien inflammatoire. Au début, nous avons une synovite avec épanchement de liquide, dans lequel nagent des dépôts de lymphe plastique, qui donnent cette sensation de crépitation particulière perçue par la malade elle-même dès le commencement de l'affection et pendant les quinze mois qui suivent; puis le liquide disparaissant, les parties solides s'agglutinent les unes aux autres, s'organisent et forment une masse fongueuse qui à son tour tend à s'accroître. On peut s'expliquer ainsi d'une manière satisfaisante l'existence de la crépitation pendant la première période de la maladie, et sa disparition pendant la seconde.

Cette origine et cette marche du fongus des gaînes synoviales ne sont bien connues que depuis peu d'années, grâce aux travaux de MM. Lebert et Robin, de M. Michon, et enfin de M. Bidart, dont la thèse remarquable résume parfaitement l'état actuel de la science.

Avant les recherches de ces auteurs, plus d'une fois le fongus des gaînes synoviales a été pris pour une affection cancéreuse. Ainsi je retrouve dans mes notes prises pendant mon internat une observation recueillie en 1850, et ayant pour titre : *Cancer de la synoviale du tendon fléchisseur du doigt annulaire*, dans laquelle il s'agit évidemment de fongosités développées dans la gaîne du tendon. Le doigt fut enlevé, et la description anatomique de la tumeur concorde de tout point avec celle que j'ai ici sous les yeux. Si le fongus des gaînes synoviales eût été alors mieux connu, peut-être aurait-on pu chercher à conserver le doigt.

J'appellerai l'attention sur le traitemont qui a été employé chez notro malade.

Une fois l'existence du fongus bien constatée, nous avons dû en pratiquer l'ablation. On a vu combien la dissection a présenté de difficultés.

L'adhérence intime du fongus avec les deux faces du tendon empêchait d'en faire l'excision complète, sans s'exposer à en enlever les couches les plus superficielles. Nous avons d'abord soumis la plaie à l'irrigation continue pendant cinq jours, afin de prévenir l'inflammation. Ce premier danger évité, nous avons pansé à plat, comptant sur la suppuration pour amener la résolution des parties restantes. Mais au bout de trois jours de ce pansement, les bourgeons charnus étaient tellement exubérants, que nous craignîmes un instant une récidive. Nous eûmes alors recours aux plumasseaux de charpie trempés dans de la teinture d'iode pure, qui en cinq jours fit justice de ces bourgeons charnus ; puis, pour achever la guérison, nous employâmes les bandelettes de sparadrap, qui à l'action cicatrisante joignaient l'avantage d'exercer une compression douce et uniforme sur la plaie.

Aujourd'hui la guérison date de six mois; il n'y a pas de récidive, et les mouvements du pouce sont aussi libres que ceux du côté opposé. Les fonctions du tendon sont donc complétement rétablies.

— M. BERTHERAND, médecin principal de l'armée, lit le travail suivant, relatif à une vaste tumeur érectile du crâne et de la face chez une enfant de quatre mois et demi :

Ligatures successives de la carotide externe et de la carotide primitive pratiquées le même jour. Guérison.

Le 14 mai 1860, la femme d'un pauvre ouvrier journalier de Douëra, village situé à 30 kilomètres environ d'Alger, vient me présenter sa jeune fille, âgée de quatre mois et demi, atteinte d'une tumeur érectile considérable à la tête.

Cette tumeur, qui occupe la moitié latérale gauche du crâne, commence un peu au-dessous de l'angle orbitaire externe, dans l'épaisseur même des paupières, s'épanouit par moitié sur la fosse temporale et sur l'arcade sourcilière, se prolonge en haut par delà la bosse coronale jusqu'au niveau de la suture fronto-pariétale et du sinciput, d'où elle redescend vers la protubérance occipitale externe.

De forme triangulaire curviligne, à base inférieure, à sommet supérieur, elle mesure en long, au maximum, 16 centimètres; sa plus grande largeur est de 6 centimètres. Peu consistant, mou, pâteux.

dépressible, son tissu, qu'on croirait fluctuant, constitue sur l'épicrâne un relief violacé, inégalement bosselé, et dont les lobes les plus saillants n'excèdent pas 12 millimètres. L'application de la main y dénote :

1° Une température supérieure à celle du reste de l'enveloppe cutanée ;

2° Des battements isochrones au pouls, obscurs à la périphérie, plus distincts en bas et en dehors vers la fosse temporale.

A la région parotidienne du même côté, existe une autre petite tumeur circonscrite de la grosseur d'une noisette.

La couleur et le volume des parties affectées se prononcent davantage sous l'influence d'une position déclive, quand des efforts de toux ou de succion entravent la respiration : l'oreille appuyée contre elles perçoit un bruissement sourd, d'intensité variable, qui manque même par intervalles.

Les renseignements puisés près de la mère m'apprennent que le mal a débuté par une tache congéniale, de la dimension d'une fève, siégeant sur le côté gauche du front. Stationnaire pendant les premiers mois de la vie, ce *nævus maternus* s'est développé depuis ces derniers quinze jours avec une rapidité extrême en haut et en bas. Aujourd'hui il soulève tout le cuir chevelu d'une part, de l'autre il chemine à vue d'œil au delà de l'angle palpébral, si bien que les paupières, hypertrophiées par l'expansion du réseau variqueux, et œdématiées consécutivement, ne peuvent plus s'écarter pour dégager le globe oculaire.

Il n'y avait pas à hésiter sur la nature de l'affection et son pronostic si on l'abandonnait à elle-même. L'indication pressait, et le choix à faire entre les moyens curatifs était tout tracé. Il était trop tard et la tumeur était trop vaste pour essayer les astrigents, les styptiques ou les caustiques, la ligature en masse, la compression, l'acupuncture, la vaccination, l'électricité, etc. Encore moins pouvait-il être question de son éradication. Une seule ressource restait, ressource précaire en elle-même, et dont je ne devais point dissimuler les éventualités à la mère. En effet, les ligatures déjà graves de la carotide externe, voire même de la carotide primitive, ne suffiraient peut-être pas, et les conséquences du traitement chirurgical une fois entrepris, pouvaient me conduire à lier les deux carotides primitives.

La malheureuse femme effrayée, mais toujours courageuse, demanda vingt-quatre heures pour réfléchir et consulter son mari. Le lendemain, je la trouvai installée avec sa petite fille dans mon service

à l'Hôpital civil. « Tout bien considéré, disait-elle, mieux valait per-
» dre son enfant en poursuivant la chance de la sauver par une opé-
» ration redoutable, que de la laisser périr sûrement en s'abstenant
» devant un traitement périlleux. »

A l'issue de ma visite, l'enfant fut portée dans l'amphithéâtre des cliniques, où tout était préparé pour l'opérer.

Quel tronc convenait-il de lier ?

A priori, bien que la masse principale de la tumeur, occupant la fosse temporale et les téguments latéraux du crâne, semblât ainsi ressortir presque exclusivement à la circulation de la carotide externe, ma première pensée avait été de porter un fil sur la carotide primitive : la participation des paupières dans le développement du tissu anormal m'inspirait de la méfiance sur la solidarité d'origine de cette large et volumineuse varice.

Une circonstance fortuite ne contribua pas peu à me rallier à un autre avis. Mon jeune et déjà savant collaborateur, le docteur J. Ehrmann, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger, s'occupait précisément à cette époque de compléter ses intéressantes études sur l'*anémie cérébrale* (Strasbourg, 1858; thèse couronnée). La statistique lui avait révélé 42 exemples de troubles cérébraux graves, parfois mortels, sur 187 cas de ligature d'une seule carotide primitive, soit, en chiffres ronds, 25 p. 0/0 de mécomptes. C'était, on en conviendra, un argument de grand poids à l'appui du conseil donné en 1847 par M. Wutzer, et reproduit par M. Maisonneuve en 1855, de lier la carotide externe, au lieu de la carotide primitive, « *toutes les fois que la maladie occupe l'une des artères extérieures de la tête.* » Or, chez le sujet de notre observation, le mal avait débuté par une petite tache violette en avant de la fosse temporale. Nous pouvions donc espérer d'y suspendre la circulation par la ligature de la carotide externe. Et puis, en dernière analyse, le cas échéant, il serait toujours temps de lier le tronc carotidien primitif.

Après quelques inhalations de chloroforme — tout juste assez pour nous prémunir contre les mouvements intempestifs de l'enfant — l'opération fut entreprise et terminée sans autre incident qu'un peu de lenteur dans la recherche du vaisseau, vu la délicatesse des parties intéressées et leurs rapports subordonnés au jeune âge de la petite fille.

Au moment où le premier nœud de la ligature étreignit la carotide externe, je fus très-vivement frappé, ainsi que M. J. Ehrmann et les élèves qui m'assistaient, du mouvement instantané d'affaissement pro-

duit dans toute l'étendue de la tumeur, et de son changement non moins subit de couleur et de consistance. Jaunâtre, flasque, ridée, flétrie, elle venait de se vider soudain. L'enfant, réveillée, fut reportée à sa mère : elle prit aussitôt le sein, ne manifestant aucun trouble cérébral, aucune perturbation dans sa sensibilité générale ni dans sa locomotion ; elle s'endormit.

Nous nous étions retiré après le pansement, tout confiant dans le succès de notre procédé, lorsque, à la contre-visite du soir, à notre grand désappointement, la tumeur apparut, reconstituée exactement comme avant l'opération, sans doute à l'aide des anastomoses fournies, au niveau des régions orbitaire et frontale, par l'artère ophthalmique, peut-être encore au moyen des communications vasculaires naturelles, d'un côté à l'autre du crâne, entre artères de même nom.

L'enfant chloroformé derechef, avec les mêmes ménagements que le matin, l'appareil fut enlevé, les lèvres de la plaie écartées, l'incision prolongée en bas, un fil porté sur la carotide primitive, et la carotide externe dégagée de son lien, « nous n'observâmes point, cette fois, au moment de l'étreinte du vaisseau, l'affaissement inopiné du nævus noté précédemment. » Aucun symptôme nerveux n'accompagna ni ne suivit cette deuxième opération.

La nuit fut bonne, avec sommeil. — Un peu de fièvre le lendemain et le surlendemain.

Le troisième jour, la tumeur commença à pâlir et à diminuer, mais d'une manière si peu marquée, que l'atténuation ne fut pas admise par tout le monde.

Au huitième jour, la décoloration presque complète sur plusieurs points, l'augmentation de densité de la peau malade, mais surtout le dégagement palpébral, qui permettait au globe de l'œil de se montrer en entier, dissipèrent toutes les incertitudes.

Vers le milieu de la troisième semaine, plusieurs points de la surface du nævus, encore saillants et n'ayant pas subi la transformation heureuse du reste de la tumeur, se ramollissent et suppurent. Ils se cicatrisent petit à petit, et sont remplacés par un tissu inodulaire normal, qui se confond bientôt dans le derme nouveau, substitué à l'ancienne production érectile. La petite tumeur parotidienne est la dernière à se flétrir.

Le nœud de la ligature, tiraillé à dessein après chaque pansement, se relâche graduellement et peut être enlevé.

La plaie du cou se cicatrise, et la petite malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Deux dessins pris sur nature, avant l'opération et après la guérison, par M. Ed. Bruch, représentent avec une grande fidélité les deux phases de la tumeur.

Cette observation m'a paru digne d'intérêt sous plusieurs points de vue. Je m'arrêterai de préférence aux suivants :

1° Elle constate la première guérison obtenue à une époque aussi rapprochée de la naissance (quatre mois). En effet, l'enfant ligaturé à six semaines par Wardrop est mort. Un second, opéré à cinq mois par Mayo, eut une récidive. De quatre autres sujets opérés, à sept mois par Wardrop, à huit mois par Rogers, à neuf mois par Pirogoff, à quinze mois par Zeis, les deux premiers seuls ont survécu, le troisième et le quatrième ont succombé.

2° La nécessité où nous nous sommes trouvé d'étreindre la carotide primitive, après l'insuffisance de la ligature de la carotide externe, ne sera pas perdue de vue des chirurgiens, toutes les fois que les *nævi materni*, bornés aux parties extérieures et supérieures de la tête, confineront à des régions cutanées, alimentées par des artères dépendantes du tronc de la grande carotide. Dans tous les cas, si l'opérateur, dominé par la considération réelle de la gravité moindre de la ligature du tronc carotidien externe, adoptait le conseil de MM. Wutzer et Maisonneuve, il ferait bien de ne fonder sur cette première opération qu'une espérance relative, et de se ménager, par un pansement approprié, la facilité de découvrir l'artère primitive en cas d'insuccès.

3° La manière si différente dont la tumeur s'est comportée après les deux ligatures, se justifie par son mode de développement et d'alimentation : l'affaiblissement remarquable observé aussitôt la première opération indique bien que la plus grande partie de son sang lui arrivait par les voies directes des branches temporales. Le point d'apparition du *nævus* corrobore d'ailleurs parfaitement cette interprétation. Que si, après la deuxième ligature, la tumeur qui s'était lentement reproduite, pendant la journée, est restée immobile, c'est que sa circulation, devenue alors exclusivement capillaire et anastomotique, ne pouvait plus ressentir aussi promptement les effets de la suspension du cours du sang dans les gros vaisseaux. Une circonstance ultérieure démontre une fois de plus l'embarras survenu dans la circulation intime du tissu morbide. N'est-ce pas, en effet, la stase du sang, en plusieurs endroits de ce vaste réseau érectile, qui a déterminé la formation des îlots où le retrait ne s'effectuant pas, l'en-

gorgement a produit l'inflammation, le ramollissement, et finalement la suppuration?

4° L'absence de tout symptôme nerveux inquiétant doit être signalée comme de nature à encourager des tentatives analogues à la nôtre, que justifient d'ailleurs des succès assez nombreux, obtenus sur des sujets plus avancés en âge.

5° Je relèverai, en terminant, la facilité avec laquelle deux séances prolongées d'inhalations chloroformiques, à dix heures d'intervalle, ont pu, grâce à quelques précautions, être supportées par un enfant aussi jeune.

Le fait qui précède est le deuxième exemple heureux de ligature de carotide observé dans ma pratique.

En mentionnant aujourd'hui cette circonstance, j'ai moins en vue la satisfaction d'avoir deux fois mené à bonne fin une grave opération, que le besoin de rappeler avec reconnaissance à la Société l'accueil bienveillant fait par elle en 1855 à une communication du même genre, et à ma candidature au titre de correspondant, sanctionnée depuis par ses honorables suffrages.

COMMUNICATION.

M. RICHET communique les deux faits suivants :

Fracture du crâne avec enfoncement et enclavement d'une notable portion du pariétal. Guérison sans aucun accident. — Le malade que présente notre collègue M. Marjolin, et sur lequel il me prie de donner quelques renseignements, est un jeune fumiste âgé de douze ans, entré dans mon service au mois de novembre 1859 pour une plaie du crâne avec fracture du pariétal gauche. Cette lésion avait été déterminée par une brique qui était tombée d'un troisième étage. Il perdit immédiatement connaissance, et fut porté à l'hôpital Saint-Louis.

Le lendemain, nous trouvâmes qu'un fragment du pariétal, triangulaire, ayant 2 centimètres à sa base et long de 3 centimètres, avait été projeté dans la cavité crânienne, où il avait été enclavé. Je fis d'abord d'inutiles efforts pour l'enlever; mais en présence de l'absence complète d'accidents, je me décidai à attendre. La dure-mère avait été intéressée, et il sortait à chaque expiration un peu de liquide transparent et séreux. Mon collègue M. Denonvilliers, auquel je fis voir le malade, me déclara que, quoique partisan du trépan, il attendrait; c'était aussi mon opinion. Nous attendîmes donc; aucun symptôme alarmant ne survint, et la guérison s'effectua en deux mois

et demi sans accident. Je me trompe ; un jour la religieuse de la salle me prévint que le malade avait vomi dans la matinée, et que la nuit on l'avait surpris se promenant dans la salle ayant le déliro, et qu'on l'avait replacé dans son lit non sans peine et sans résistance de sa part.

Le lendemain je le trouvai sans fièvre, et la plaio n'avait pas mauvais aspect. Nous interrogeâmes alors avec soin ses voisins et ses parents, et nous apprimes que cet enfant était sujet à des accès de somnambulisme, et que le jour qui avait précédé les vomissements il avait mangé des aliments introduits en cachette par un des visiteurs du dimanche.

Depuis cette époque, ces accès de somnambulisme ne se sont pas renouvelés ; mais à ce sujet je ferai remarquer que s'ils s'étaient représentés et que nous n'eussions pas été prévenus, si surtout ils avaient été accompagnés de phénomènes fébriles, comme en provoque souvent une alimentation intempestive, nous aurions pu attribuer ces divers accidents à la compression du cerveau et pratiquer sans nécessité l'opération du trépan.

En résumé, il y a ceci de remarquable, c'est que, malgré la présence dans la cavité crânienne d'une portion osseuse considérable qui devait et qui doit même encore maintenant comprimer la portion de l'encéphale immédiatement située au-dessous, il n'y a eu ni primitivement ni consécutivement aucun des symptômes généralement attribués à ces sortes de lésions. Si l'on eût pratiqué d'emblée le trépan, relevé la portion osseuse, nul doute que l'on n'eût cru avoir prévenu des accidents formidables et sauvé la vie du malade.

Fracture de l'omoplate ; cal volumineux et irrégulier dans la fosse sous-épineuse ; impossibilité presque absolue des mouvements après trois mois et demi. — Le nommé L... (Claude), âgé de quarante ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 16 août 1860 pour se faire traiter d'une tumeur située au niveau de l'omoplate droite, qui, dit-il, l'empêche de se servir de son bras droit. Voici ce qu'il rapporte : Il y a un mois, il fut renversé par une voiture dont la roue, dirigée selon l'axe du corps, lui a passé sur l'omoplate du côté droit. Il se confia aux soins d'une femme faisant office de rebouteuse, qui lui appliqua un bandage compressif. Lors de la levée de l'appareil, qui a eu lieu il y a quelques jours, il s'aperçut qu'il ne pouvait pas se servir de son membre. C'est alors seulement qu'il se décida à venir consulter un chirurgien. Notons qu'avant cet accident il se servait parfaitement bien de son bras.

Nous trouvâmes, à son entrée dans les salles, que l'épaule droite était abaissée fortement et en totalité, et que tout mouvement imprimé au bras était extrêmement douloureux, pour ne pas dire impossible. La cause de cet abaissement de l'épaule en totalité et de l'extrême difficulté de tout mouvement du membre thoracique correspondant, résultait bien évidemment de la présence d'une tumeur volumineuse, irrégulière et très-dure, siégeant au-dessous de l'épine, et simulant une énorme exostose. En ébranlant cette tumeur ou en faisant exécuter des mouvements au bras, on ne tarda pas à se convaincre qu'elle faisait corps avec l'omoplate et lui était intimement unie.

Nous avions pensé d'abord, et après un examen rapide fait à la consultation, que nous avions affaire à une exostose située dans la région sous-épineuse; mais de nouvelles recherches plus approfondies ne tardèrent pas à nous convaincre que nous étions tombés dans l'erreur. Effectivement, cette déformation de l'omoplate, étudiée avec soin, nous démontra qu'elle consistait surtout dans un allongement de l'os, dont l'angle inférieur est en même temps relevé et porté en dehors.

Si l'on fait croiser les bras du malade à angle droit, de façon que les avant-bras et l'épigastre soient sur une même ligne horizontale, des mensurations variées donneront une idée précise de l'état et de la position de l'omoplate du côté droit.

Ainsi, la distance de l'angle inférieur de l'omoplate gauche (côté sain) à la ligne des apophyses épineuses, est de 10 centimètres.

La distance de l'angle inférieur de l'omoplate droite à la colonne vertébrale est de 13 centimètres.

Par conséquent, déviation en dehors de 3 centimètres environ, pour l'angle inférieur de l'omoplate du côté malade.

La distance de l'extrémité interne de l'épine à la colonne vertébrale (côté gauche) est de 6 centimètres; elle n'est que de 5 centimètres pour l'extrémité de l'épine du côté droit.

L'omoplate droite a donc subi un mouvement de projection en dehors, dans lequel l'épine s'est abaissée et rapprochée de la ligne des apophyses épineuses.

En mesurant la longueur qui sépare les angles inférieurs des deux omoplates de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, on obtient 23 centimètres pour le côté gauche, et 30 centimètres pour le côté droit, ce qui donne une augmentation de 7 centimètres pour le côté malade; augmentation qui, comme nous le verrons plus loin,

procède de diverses causes : abaissement de l'os, déviation en dedans, présence d'un cal entre ses fragments.

Enfin, la distance du bord interne de l'épine du côté gauche à l'angle inférieur est de 13 centimètres, et de 18 pour le côté droit. Le bord spinal de l'omoplate fracturée a donc gagné 5 centimètres de longueur.

On peut conclure déjà de ces mensurations que l'omoplate est allongée, qu'elle est déplacée et portée en bas et en dehors par son angle inférieur, tandis que son angle interne s'est abaissé et rapproché de la colonne vertébrale, circonstances qu'on pouvait prévoir d'après l'étude des mouvements physiologiques de cet os.

Toutes les probabilités étaient dès lors en faveur d'une fracture, et la palpation la fit reconnaître facilement.

En suivant le bord spinal de l'omoplate, on sent : 1° Au niveau de l'épine et en dehors, un empâtement assez considérable ; 2° plus bas, et à 3 centimètres environ au-dessus de l'angle inférieur, une encoche très-prononcée démontrant un déplacement en dehors du fragment inférieur.

Un examen analogue du bord axillaire montre au niveau du tiers inférieur de ce bord une tumeur solide, volumineuse, repoussant en arrière le muscle sous-épineux. Cette tumeur est constituée par le cal ; elle présente une sorte de collet, et la direction de son bord externe forme un angle avec celle du bord axillaire.

Il paraît démontré que la fracture siége à la fosse sous-épineuse, qu'elle a dû rayonner en sens divers, et que l'extrémité inférieure de l'omoplate a été détachée, déplacée, et réunie plus tard par un très-gros cal au corps de l'os. La consolidation s'est effectuée, car l'omoplate se meut en totalité, et on ne peut ébranler séparément sa portion inférieure.

Les mouvements d'abduction et d'élévation du bras ont pour résultat le déplacement de l'omoplate, dont l'angle inférieur remonte vers l'aisselle, en même temps que l'épine se rapproche de la colonne vertébrale. Le malade, vu par devant et par côté, offre une saillie exagérée dans la portion axillaire du grand dorsal.

Le deltoïde est légèrement amaigri ; le trapèze et le sus-épineux restent contracturés pour contre-balancer l'action du grand dentelé, qui abaisse l'omoplate, tout en portant son angle inférieur en dehors.

Les complications fâcheuses dans la consolidation de cette fracture doivent donc être attribuées en grande partie à la contracture du grand dentelé, et sans nul doute un traitement approprié eût pu y

remédier si le malade avait été soigné dès l'accident par un chirurgien. On peut voir qu'aujourd'hui, trois mois et demi après la fracture, la difficulté dans les mouvements du bras persiste presque au même degré.

M. RICHET fait remarquer à ce sujet que cette observation est importante non-seulement parce qu'elle pourra servir à l'histoire des fractures de l'omoplate encore à peine ébauchée, mais aussi parce qu'elle démontre, contrairement à l'assertion émise par M. Malgaigne, que le pronostic en peut être sérieux. Voici effectivement un malade qui, après trois mois et demi, ne peut se servir de son membre, et qui, selon toute probabilité, n'en recouvrera jamais complétement le libre exercice. Il est vrai que cette fracture n'a pas été traitée, ou que, si elle l'a été, c'est au moins d'une manière tout à fait empirique et fort inintelligente. Il est probable qu'à l'aide d'un bandage approprié, c'est-à-dire à l'aide d'une pelote à demeure dans l'aisselle, repoussant en arrière le fragment inférieur, en même temps qu'un bandage de corps l'eût maintenue appliquée contre la paroi costale, on eût pu lutter avantageusement contre ce déplacement exagéré en avant, déterminé, selon toute apparence, par la contraction du grand dentelé. En tout cas, il est au moins très-admissible qu'on se fût opposé à la formation de cet énorme cal osseux, dont la présence gêne tant les mouvements du membre thoracique correspondant.

Quoi qu'il en soit, ajoute M. Richet, nous n'avons vu autre chose à faire, la consolidation paraissant effectuée irrévocablement, lorsque le malade s'est présenté dans nos salles, qu'à appliquer quelques ventouses scarifiées pour combattre la douleur, et maintenir le bras et l'épaule immobiles à l'aide d'une simple écharpe.

M. LABORIE, depuis qu'il est attaché à l'Asile impérial de Vincennes, a vu cinq ou six convalescents qui lui ont été adressés à la suite de fractures diverses de l'omoplate, et il a constaté que les mouvements du bras étaient toujours restés très-gênés.

M. LARREY a fait venir un invalide amputé de la jambe gauche dans le lieu d'élection et porteur d'un appareil prothétique ingénieusement modifié, d'après celui de Mille (d'Aix), par M. Van der Velt, mécanicien orthopédiste de Liége, et par l'amputé lui-même, qui avait porté pendant douze ans le simple pilon.

— La Société, à quatre heures trois quarts, se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission sur les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire. La commission, composée de MM. Danyau, Cullerier et Morel-Lavallée,

rapporteur, à l'unanimité, a classé par ordre de mérite les candidats dans l'ordre suivant :

1° M. Béraud.

2° M. Foucher.

3° M. Trélat.

Après une courte discussion, la séance est levée.

Le secrétaire, HOUEL.

Séance du 7 novembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Remarques sur l'étiologie, la propagation et la récidive de l'épithélioma. — M. P. BROCA. J'ai enlevé il y a quelques jours, avec M. le docteur Costilhes, médecin de la maison de Saint-Lazare, une tumeur de la verge que je vous ai présentée dans la dernière séance, et dont l'étude me paraît jeter beaucoup de jour sur plusieurs points de l'histoire des épithéliomas.

J'indiquerai d'abord en résumé les principaux détails de l'observation.

Le malade est âgé aujourd'hui de quarante-cinq ans. Il y a trois ans que son mal a débuté sous la forme de petites végétations implantées sur la couronne du gland, végétations parfaitement simples dans l'origine, petites, isolées, peu nombreuses. Elles s'accrurent graduellement, en même temps que d'autres végétations semblables se développaient sur le reste de la muqueuse du gland. Diverses lotions plus ou moins astringentes furent employées sans résultat. L'année dernière, au mois de septembre, le gland tout entier était recouvert de végétations volumineuses qui furent excisées en totalité par M. Ricord. Mais le mal ne tarda pas à récidiver. De nouvelles végétations se formèrent sur toute la surface du gland et sur la muqueuse du prépuce. Au mois de mai 1860, M. Costilhes, médecin de M. X..., m'appela en consultation. La masse des végétations constituait une tumeur du volume d'une grosse noix, qui était habituellement recouverte par le prépuce, et qui donnait lieu à une suppuration abondante et fétide. Comme tous ceux qui avaient vu le malade jusque-là, je diagnostiquai de simples végétations, et je proposai de les exciser de nouveau ;

j'ajoutai qu'il me paraissait nécessaire de pratiquer en même temps la circoncision pour ce double motif qu'il y avait quelques végétations sur la muqueuse du prépuce, et qu'il me semblait avantageux, pour prévenir la récidive, de soustraire la surface du gland au contact d'une muqueuse toujours plus ou moins humide.

Cette proposition fut acceptée. Le 25 mai 1860, je procédai à l'opération avec M. Costilhes. Le malade, très-nerveux et très-irritable, fut très-difficile à chloroformer. Il fallut plus d'un quart d'heure pour l'endormir. Je pratiquai d'abord la circoncision sans difficulté, puis je commençai à exciser avec des ciseaux courbes les végétations du gland. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que, sur la face dorsale du gland, les végétations reposaient sur une base molle et friable, et je constatai avec la sonde cannelée que le ramollissement du tissu pénétrait profondément dans le gland. En un mot, les végétations, simples dans l'origine, étaient devenues le point de départ d'un épithélioma.

Il était clair que cette lésion ne comportait d'autre traitement que l'amputation de la verge. Mais fallait-il procéder immédiatement à cette opération sans l'assentiment du malade, ou fallait-il attendre son réveil, et l'endormir ensuite de nouveau?

La question était assez délicate. Je laissai un instant mon opéré, et j'allai en délibérer avec sa famille, qui accepta la responsabilité de l'amputation. Je pratiquai donc l'ablation totale du gland, et je m'assurai, en examinant la surface de la section, et en pratiquant une coupe sur la tumeur, que j'avais dépassé de plusieurs millimètres les limites apparentes du mal.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait réellement d'un épithélioma consécutif à de simples végétations, et non d'un épithélioma végétant, car les végétations de la muqueuse préputiale étaient entièrement isolées les unes des autres, et formaient une dizaine de petites masses séparées par des intervalles où la muqueuse était tout à fait saine. Elles n'occupaient que la couche la plus superficielle de cette muqueuse, et il était aisé de reconnaître à l'œil nu, comme au microscope, que ces végétations, reposant sur une base parfaitement souple, n'étaient que des hypertrophies papillaires. Je montrai la pièce à la Société anatomique, pour faire constater que *les végétations les plus simples dans l'origine peuvent devenir le point de départ de l'épithélioma.*

Je n'avais eu à lier que trois artérioles ; mais une hémorrhagie en nappe assez abondante m'obligea à panser la plaie avec de la charpie

imbibée de perchlorure de fer, et pour pratiquer ce tamponnement, il fallut placer une sonde à demeure, qui provoqua dès le lendemain un grand frisson suivi de fièvre uréthrale. L'ablation de la sonde fit cesser cet accident; il ne survint aucune autre complication, et la plaie se cicatrisa régulièrement en quelques semaines.

Au mois de juillet, M. X... vint m'annoncer qu'il urinait difficilement; je trouvai le méat urinaire rétréci; ses bords étaient indurés, et je commençai à craindre une récidive; toutefois, ce résultat pouvant dépendre de la rétraction de la cicatrice, je cherchai à dilater l'ouverture avec des bougies, et au bout de quelques jours la miction devint beaucoup plus facile. J'engageai le malade à venir me voir fréquemment, parce qu'il me paraissait nécessaire de surveiller de près le petit engorgement du méat, mais cette recommandation ne fut pas suivie. Je ne revis M. X... qu'à la fin d'octobre. Son état s'était singulièrement aggravé. La récidive avait marché avec une grande rapidité; une tumeur ovoïde, parfaitement circonscrite au toucher, longue de 3 centimètres, large de 2 et demi, occupait toute l'épaisseur de la verge, et paraissait s'être développée principalement dans le corps caverneux. La cicatrice était intacte, excepté au niveau du méat, où elle était ulcérée dans une très-petite étendue. Au-dessus de la tumeur, la verge paraissait parfaitement saine; les ganglions inguinaux n'étaient pas engorgés. Je jugeai nécessaire de pratiquer une nouvelle amputation, et M. X... s'y résigna après quelques hésitations.

Cette opération a été pratiquée le 30 octobre 1860, avec le concours de M. Costilhes. Jugeant utile de m'éloigner autant que possible de la tumeur, je coupai la verge à sa racine, à environ 2 centimètres au-dessus des limites apparentes du mal, et j'étais bien convaincu que l'épithélioma était enlevé en totalité. Après avoir lié quatre artérioles, je fendis en long l'extrémité de l'urèthre, et je réunis la muqueuse avec la peau au moyen de quatre points de suture. Cette petite autoplastie, pour le dire en passant, a parfaitement réussi; l'ouverture uréthrale se présente aujourd'hui sous la forme d'un large infundibulum, et tout permet de croire qu'elle ne se rétrécira pas ultérieurement.

L'opéré n'a pas eu le moindre mouvement de fièvre; la cicatrice commence déjà à s'effectuer, et la plaie se refermerait promptement si nous n'avions pas, d'après l'examen de la pièce anatomique, reconnu la nécessité de soumettre cette plaie à de profondes cautérisations.

J'arrive donc maintenant à la description de cette pièce, qui vous

a été présentée toute fraîche dans la dernière séance, et sur laquelle vous avez pu constater une disposition aussi fâcheuse qu'importante. La tumeur proprement dite, dont les contours sont bien nettement limités, a la forme et le volume d'une noix. Elle s'étend dans les corps caverneux jusqu'à 17 millimètres de la surface de section, et s'arrête brusquement à ce niveau sans envoyer autour d'elle aucune de ces fusées, aucun de ces prolongements qui sont si communs autour des épithéliomas, et qui, étant constitués par des infiltrations de cellules épithélialos, sont une cause fréquente de récidive.

Il semble donc, au premier abord, que l'ablation du mal a été très-complète; que ses limites ont été largement dépassées, que le corps caverneux est tout à fait sain au niveau de la section, et qu'on aurait même pu, sans inconvénient, pratiquer celle-ci beaucoup plus bas. Mais en y regardant de plus près, après avoir bien lavé la piece pour entraîner le sang contenu dans les aréoles du tissu érectile, on voit qu'il existe dans la partie du corps caverneux qui paraissait tout à fait saine avant ce lavage une dizaine de petits grains blanchâtres, moins gros que des grains de mil, parfaitement ronds, dispersés çà et là dans le tissu érectile, et n'ayant absolument aucune connexion soit entre eux, soit avec la tumeur. Ces petits grains isolés ont peu de consistance, car en les palpant avec la plus grande attention, on ne peut les distinguer au toucher du tissu flexible qui les entoure. Mais si on examine leur structure au microscope, on trouve que ce sont des amas de cellules épithéliales semblables à celles qui constituent la tumeur principale. Ce sont donc autant de petits épithéliomas dispersés dans le corps caverneux au delà des limites de la tumeur, n'ayant avec celle-ci aucune relation de continuité, et comparables par conséquent, sauf leur extrême petitesse, à ces tubercules cancéreux multiples de la peau qui se forment quelquefois autour des cancers de la mamelle, même avant la période de l'infection cancéreuse générale. Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est qu'un de ces épithéliomas naissants est situé à 1 millimètre seulement de la surface de la section; il est donc fort probable qu'il existe encore dans le moignon un ou plusieurs petits foyers semblables, qui, en se développant plus tard, donneront lieu à une récidive. C'est pour cela que nous avons résolu, M. Costilhes et moi, de pratiquer sur la plaie plusieurs cautérisations profondes. Nous avons déjà fait une première cautérisation avec le caustique de Filhos, et nous en ferons une seconde dès que les eschares seront détachées. Mais nous ne nous dissimulons pas que cette ressource est bien incertaine, parce que nul

ne peut savoir jusqu'où s'étendent les germes disséminés dans les racines du corps caverneux.

Ce fait me paraît de nature à jeter le plus grand jour sur le mode de propagation et sur les causes de la récidive de l'épithélioma. On croit généralement que la plupart des productions accidentelles, le cancer compris, ne se propagent *localement* que par voie de continuité. Les tubercules cancéreux multiples et isolés qui se développent quelquefois dans la peau, au voisinage des cancers de la mamelle, sont considérés par la plupart des chirurgiens comme des manifestations de l'infection générale, au même titre que les cancers multiples du foie, du poumon, des os, etc. J'ai combattu ailleurs cette interprétation, parce que dans beaucoup de cas les tubercules cancéreux multiples se forment longtemps avant l'invasion de l'infection cancéreuse. Mais je reconnais qu'il y a d'autres cas où ces tubercules paraissaient à une époque plus tardive, et où par conséquent on peut conserver des doutes sur leur véritable cause.

Chez notre malade, au contraire, il est bien positif que les foyers épithéliaux multiples disséminés dans le corps caverneux ne sont pas sous la dépendance d'une infection générale, car la constitution n'a subi absolument aucune altération ; l'étude de la pièce montre d'ailleurs que ces petits foyers sont d'autant plus nombreux qu'on les examine plus près de la tumeur principale ; ils se sont donc développés sous l'influence d'une sorte d'irradiation, et doivent être considérés comme des dépendances locales de la grosse masse épithéliale, comme le résultat d'un mode particulier de propagation différant de la propagation directe, et qu'on pourrait appeler propagation par diffusion ou par dissémination.

Je ne puis dire jusqu'à quel point ce mode de propagation est fréquent ; mais il suffit qu'il ait été constaté pour qu'on doive en tenir compte dans l'appréciation des récidives, et surtout dans le traitement des épithéliomas. Il y a longtemps déjà qu'on a reconnu la nécessité de dépasser largement, dans les opérations, les limites de ces tumeurs, parce qu'on sait qu'elles envoient fréquemment autour d'elles des prolongements en forme de fusées qui peuvent avoir plusieurs millimètres de longueur. Ce précepte est excellent, et je ne saurais trop y insister ; mais on a vu plus d'une fois récidiver, sous la cicatrice, des épithéliomas qui, d'après l'inspection des pièces, avaient paru enlevés très-complétement ; et alors on était disposé à penser que la récidive avait eu lieu par *repullulation* véritable, et non par simple *continuation*. Le fait que je viens d'exposer

permet d'élever des doutes sur la nature de ces récidives. Il montre qu'il ne suffit pas de diviser les tissus à 2 centimètres au delà des limites apparentes de la tumeur pour être certain d'avoir enlevé tout le mal. Si je m'étais contenté d'un examen superficiel, j'aurais cru que la récidive par continuation était impossible, et j'aurais, par conséquent, attribué à une repullulation la récidive qui aura probablement lieu chez mon opéré. Je ne veux pas conclure de là qu'il faille toujours pratiquer l'ablation des épithéliomas à plusieurs centimètres des limites apparentes du mal ; il y a beaucoup de cas où une pareille mutilation serait impossible. L'expérience a d'ailleurs démontré qu'on obtient souvent à beaucoup moins de frais des guérisons radicales.

J'ai voulu signaler seulement un mode particulier de propagation locale qui donne aux récidives par continuation toutes les apparences des récidives par repullulation, et montrer que pour expliquer la récidive des épithéliomas, il n'est pas nécessaire de recourir à l'existence d'une diathèse générale comparable à celle qui fait récidiver, soit sur place, soit à distance, les cancers proprement dits enlevés d'une manière complète.

M. LARREY a opéré un cancroïde de la verge ayant quelque analogie avec le fait rapporté par M. Broca, au point de vue de l'évolution des symptômes.

Le malade était un étranger, dans toute la force de l'âge et d'une vigoureuse constitution. Il avait eu un phimosis congénital, et dans sa jeunesse des accidents syphilitiques caractérisés par des chancres et des végétations, qu'un traitement régulier bien suivi fit disparaître tout à fait. Ce fut seulement une vingtaine d'années après que le prépuce se trouva envahi successivement par plusieurs tubercules cancroïdes soumis en vain à l'excision et à la cautérisation répétées. La récidive décida le malade à venir à Paris vers la fin de 1856. Une consultation entre MM. Cloquet, Velpeau, Nélaton, Michon et Larrey décida que l'extirpation de l'extrémité du pénis serait pratiquée sans retard.

La cicatrisation s'effectua bientôt, mais la guérison ne fut qu'apparente. (Le microscope avait fait reconnaître un cancer épithélial.) Une nouvelle récidive est survenue en moins de deux ans, d'après ce qu'a écrit le malade lui-même. Et quoique le mal paraisse avoir fait des progrès peu rapides, il nécessitera certainement, si on ne l'a déjà faite, l'amputation totale de la verge.

M. GIRALDÈS. Les recherches de M. Broca confirment le fait déjà signalé par Van der Skock pour les épithéliomas de la lèvre infé-

rieure. Lorsqu'on opère dans des tissus voisins de l'affection, mais qui paraissent sains cependant, on aperçoit dans leur trame, avec le microscope, une infiltration ou des semis distincts d'épithélioma.

M. CULLERIER a opéré il y a douze ans, avec M. Michon, un cancroïde de la verge, qui récidiva six semaines après l'opération. Supposant qu'il n'avait pas porté son bistouri assez loin des parties malades, il fit une amputation complète dans les tissus sains. Le malade n'a pas eu de récidive et se porte très-bien.

M. HUGUIER communique l'histoire d'une jeune femme atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus, bien caractérisée, du volume de la tête d'un enfant, et datant de longues années. Cette tumeur pouvait donner l'idée d'une grossesse de sept à huit mois, et remplissait tellement bien l'utérus qu'on eût dit cet organe contracté comme dans une douleur d'enfantement.

Chez cette femme, le cul-de-sac du vagin était rétréci au point de donner la sensation de l'intérieur du col de l'utérus, et ce dernier paraissait être la tumeur fibreuse elle-même.

La malade fut prise un jour de douleur et de fièvre; la tumeur s'abcéda et s'ouvrit dans l'intérieur de l'utérus, et un verre et demi environ de pus sortit par le col.

L'utérus a beaucoup diminué, et ne présente plus la dureté considérable qu'il avait précédemment.

M. MICHON pense qu'il est difficile à un chirurgien expérimenté de prendre le rétrécissement du cul-du-sac du vagin pour l'intérieur du col, attendu qu'il est de pratique générale de reconnaître tout d'abord cet organe en le circonscrivant avec le doigt.

M. HUGUIER persiste à croire la méprise facile, lorsque le rétrécissement du cul-de-sac est élevé : il ressemble alors à un col effacé ou dilaté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur A. Buez, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, envoie pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du cancer et de sa curabilité*. Strasbourg, 1860, in-8°.

— M. Francesco Rizzoli, de Bologne, envoie un exemplaire de son mémoire sur le *Traitement de la constriction des mâchoires par la section verticale sous-cutanée du corps du maxillaire inférieur*. Bologne, 1860, in-8°. Ce travail est écrit en italien, sous forme d'une lettre adressée à M. Verneuil.

— M. Larrey présente, au nom de M. A. Bertherand et de la part de M. J. Ehrmann, candidat au titre de correspondant national, un *Mémoire sur les variétés anatomiques du cercle artériel de Willis.*

M. Ehrmann, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine d'Alger, joint à ce travail manuscrit un ouvrage intitulé : *Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent* (*avec la statistique des cas de ligature de l'artère carotide*) ; 1860, in-8°. (Commission, MM. Giraldès, Larrey et Follin.)

La Société procède à la nomination d'un membre titulaire.

Nombre de votants : 26.

Premier tour : MM. Béraud et Foucher obtiennent chacun 13 voix.

Nombre de votants : 22.

Deuxième tour de scrutin : M. Béraud obtient 12 voix, M. Foucher 10 voix.

M. Béraud est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. MOREL-LAVALLÉE appelle l'attention de la Société sur la paralysie momentanée de l'intestin, consécutive à l'étranglement d'une hernie, pouvant faire croire à la persistance de l'étranglement après la réduction, et contre laquelle il propose des purgatifs énergiques. Il rapporte un cas où dans une opération de kélotomie, en même temps qu'il ne put réduire l'épiploon, il l'enleva par la ligature instantanée : le malade succomba à une hémorrhagie du bout supérieur de l'intestin, cas, suivant ce chirurgien, sans exemple. A l'autopsie, on trouva l'épiploon de couleur noirâtre, baigné dans une assez grande quantité de pus.

MM. BOUVIER, VELPEAU et DEBOUT rappellent en quelques mots les moyens bien connus de la position la tête en bas, de la succussion, du massage de l'abdomen, de l'application de ventouses pour la réduction des hernies.

M. LARREY. La réduction des hernies étranglées par certaines manœuvres mécaniques différentes du taxis a été signalée dès les temps les plus anciens, comme M. Velpeau vient de le rappeler. Quelques praticiens modernes ont même combiné ces moyens avec d'autres, tels que l'application de la glace sur la tumeur dans le décubitus dorsal le plus déclive ou dans l'élévation du bassin sur un plan incliné. C'est ce que j'ai vu faire à Ribes, qui a même publié un intéressant mémoire à ce sujet.

J'ai rencontré pour ma part, en 1849, au Gros-Caillou, un fait que

je crois à propos d'offrir à l'attention des chirurgiens. Le voici en peu de mots :

Un soldat de vingt-trois ou vingt-quatre ans était entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire datant de la veille au soir. Taxis renouvelé à plusieurs reprises, compression méthodique, position déclive, bain prolongé, purgatif huileux, application de la glace, tous ces moyens furent employés sans succès pour réduire la hernie.

L'opération seule paraissait être la dernière ressource; j'allais la pratiquer (trente-six heures environ après le début des accidents); l'appareil et les instruments étaient prêts, lorsque, ayant à faire transporter le malade à l'étage supérieur, je voulus tenter sur lui une dernière chance favorable, celle des mouvements mécaniques. Il fut aussitôt placé sur un brancard, la tête en bas, pour monter l'escalier, et, en même temps qu'il était soumis par les porteurs à une sorte de succussion cadencée, un aide exerçait des frictions légères sur le ventre, tandis qu'un autre comprimait doucement la tumeur. Nous n'avions pas franchi les dernières marches de l'escalier que, contre l'attente des assistants, la hernie se trouva complétement réduite par cette manœuvre.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 14 novembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Charles Londès adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs*; Paris, 1860, in-4°.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de l'auteur, M. Hamel, une brochure intitulée : *Etude comparée des boutons d'Alep et de Biskra*; Paris, 1860, in-8°.

— Mme Ve Vidal (de Cassis) fait don à la Société d'un exemplaire de la 5e édition du *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* de Vidal (de Cassis). Cette édition a été publiée sous la direction de M. le docteur Fano. Paris, 1860, 5 vol. in-8°.

— M. Verneuil fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie;* Paris, 1860, in-8° de 72 pages; Victor Masson.

Cet opuscule, qui traite des *polypes nasaux et naso-pharyngiens,* n'est que le premier fascicule d'une publication étendue que M. Verneuil a entreprise sous les auspices de M. Frédéric Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et qui a pour but de tirer de l'oubli bon nombre de faits importants enfouis actuellement dans les archives du grand concile chirurgical du dix-huitième siècle.

Cette exhumation servira de plus à combler la lacune considérable qu'on remarque dans la littérature chirurgicale française entre la publication du dernier volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1774) et celle des livres classiques de la fin du siècle. Beaucoup de travaux, en effet, furent adressés à la savante Compagnie et ne sortirent point de ses cartons. La science et l'histoire gagneront à leur mise au jour.

M. Verneuil donne verbalement une courte analyse des points principaux de son travail ; il publie plus de vingt observations, et ne cite pas moins de treize chirurgiens ayant écrit sur le sujet.

Deux d'entre eux méritent une mention tout à fait spéciale : Eustache (de Béziers), qui recommandait et pratiquait les opérations préliminaires destinées à faciliter l'extirpation des polypes (division de l'aile du nez, incision médiane du voile du palais) ; et Icard (de Castres), qui a laissé sur les *polypes qui descendent derrière la cloison du palais* un long mémoire rempli d'observations intéressantes. Toutes les méthodes principales : ligature, arrachement, excision, section lente par pression, cautérisation en flèches, étaient pratiquées à cette époque, comme le démontrent les faits reproduits. Enfin, on trouve un bel exemple de polype fibreux naso-pharyngien congénital, etc.

« Enrichir la science chirurgicale, dit en terminant M. Verneuil, » n'est pas l'unique but que j'espère atteindre. Je suis encore heureux » de faire revivre des noms plus ou moins obscurs, qui n'ont point » trouvé de place dans nos tablettes biographiques classiques. Je » grossirai de cette manière la liste de ces *petits prophètes* dont j'ai » eu l'honneur d'esquisser brièvement l'histoire devant la Société de » chirurgie, afin de montrer à nos neveux que, tout ardente qu'elle

» soit pour le progrès, la génération actuelle n'aura été ni ignorante » du passé ni ingrate pour ses aïeux. »

M. HUGUIER donne des nouvelles de la jeune femme dont il a parlé dans la dernière séance. L'état général est satisfaisant; la tumeur formée par l'utérus continue à s'affaisser ; le pus devient crémeux et de bonne nature ; l'œdème des membres inférieurs disparaît.

La Société sera tenue au courant de l'histoire de cette intéressante malade.

M. Huguier communique une modification qu'il a introduite dans le traitement de la fistule lacrymale par la canule. Lorsqu'une tumeur lacrymale existe sans fistule, M. Huguier admet qu'on ouvre le sac lacrymal à la manière de J. L. Petit, pour introduire dans le canal nasal le stylet qui doit servir à placer la canule ; mais lorsqu'une fistule existe, il considère que ce procédé a l'inconvénient d'exposer à plonger le bistouri entre l'os et la membrane fibro-muqueuse qui le tapisse, à placer la canule dans cette situation mauvaise qui provoque la carie, la nécrose, outre les accidents d'une opération inutile. M. Huguier propose d'utiliser la fistule, et d'y faire passer le stylet conducteur de la canule. Il s'est conduit ainsi dans plusieurs circonstances, et il n'a jamais été arrêté que par la situation quelquefois un peu déclive de la fistule, exigeant, lorsqu'elle est bridée par le stylet plongeant dans le canal, un simple débridement.

M. CHASSAIGNAC fait observer à M. Huguier que depuis quinze ans environ le traitement de la fistule lacrymale par l'introduction immédiate de la canule est à peu près universellement abandonnée, et qu'il a, dans son *Traité de la suppuration,* donné le conseil d'utiliser la fistule pour mettre la canule en place.

M. HUGUIER ne connaissait pas de publication qui fît mention de cette modification au procédé opératoire ordinaire. Il ne rejette pas l'emploi de la canule d'une manière aussi absolue que M. Chassaignac : la dilatation, comme la canule, a des inconvénients. Néanmoins on obtient des guérisons par ce dernier mode de traitement.

M. ROBERT. Eviter l'incision du sac et pousser stylet et canule par la fistule est une idée si naturelle qu'elle est certainement générale. M. Robert a eu tant d'accidents par la canule qu'il y a renoncé comme méthode primitive, et qu'il ne l'emploie qu'après dilatation préalable.

Dans les cas de fistule, il arrive quelquefois qu'un abcès se forme entre le sac et les téguments, et constitue entre le sac et l'extérieur une cavité intermédiaire dont les ouvertures ne sont pas en regard

l'une de l'autre. Si dans ce cas on cherche à pénétrer dans le sac par la fistule tégumentaire, ou bien on ne peut y parvenir, ou bien on place la canule dans une autre cavité que le canal nasal.

M. Robert emploie depuis longtemps le procédé de M. Reybard, qui n'a point encore échoué entre ses mains, et lui paraît offrir le plus de sécurité.

M. HUGUIER pense qu'il ne faut pas être exclusif, et que le procédé de la canule employé suivant les règles de l'art peut donner comme d'autres de bons résultats.

M. GIRALDÈS fait observer que la cause des fistules lacrymales ne réside pas seulement dans des coarctations du canal, mais encore dans un état granuleux de la muqueuse que la présence et le contact d'un corps étranger métallique ne sont pas de nature à modifier heureusement ; il a vu la canule ne donner que de mauvais résultats.

M. GOSSELIN a cru s'apercevoir qu'on arrive rarement à la guérison radicale de la fistule lacrymale, et que le plus grand nombre des malades les mieux guéris conservent un épiphora, même lorsqu'ils ont été traités par le procédé de M. Reybard.

Cet épiphora lui paraît tenir à la blépharite muqueuse des plus rebelles qui accompagne presque toujours la fistule lacrymale.

M. Gosselin a employé la canule avec dilatation préalable, comme le faisait A. Bérard, en prenant soin de faire pendant plusieurs semaines des injections désobstruantes avec la seringue d'Anel ; il a obtenu de bons résultats, mais il n'a pu guérir l'épiphora. Aujourd'hui, il met en usage la cautérisation par le chlorure d'antimoine : il obtient encore de bons résultats, mais incomplets ; il n'a pas de récidive, mais toujours de l'épiphora. Aussi est-il prêt à abandonner toutes ces méthodes pour celle qui mettrait à l'abri de l'inconvénient qu'il signale.

M. ROBERT avoue en effet que le plus grand nombre de ses opérés étaient atteints d'épiphora à l'air libre, mais que cependant quelques-uns n'ont pas conservé cet inconvénient.

M. CHASSAIGNAC pense que toute méthode oblitérant le canal nasal amène inévitablement un épiphora. Il traite les malades par la dilatation préalable et la canule ; passant par l'orifice fistuleux un instrument flexible qu'il pousse jusque dans le pharynx ou seulement les fosses nasales, il ramène par son intermédiaire dans le canal un tube élastique, auquel il fait succéder une canule. Ses malades n'ont pas d'épiphora au degré signalé par M. Gosselin.

M. VELPEAU a essayé de toutes les méthodes de traitement de la fistule lacrymale, et il a eu toutes les déceptions.

Il n'emploie plus la canule, bien qu'elle donne des succès comme des insuccès : il l'a mise en usage de toutes les manières ; d'emblée, après dilatation préalable, introduite par le nez ou par le grand angle de l'œil. La proportion des guérisons aux insuccès lui paraît difficile à établir, parce que la maladie, n'étant pas grave en elle-même, n'incommode et n'inquiète pas assez les gens pour les ramener à l'observation des chirurgiens.

M. Velpeau ne se propose pas de passer en revue tous les moyens mis en usage contre la fistule lacrymale ; il a, comme tout le monde, employé la cautérisation, et, bien qu'il n'en soit pas enthousiaste, il a cependant vu obtenir tant de succès par ce procédé, qu'il a pensé que, puisque c'est à l'oblitération des voies lacrymales que sont dus ces heureux résultats, on pouvait chercher à l'obtenir du premier coup par l'excision des points lacrymaux. Cette idée assez singulière pour que M. Velpeau ne l'ait pas officiellement publiée, il l'a mise en pratique cinquante ou soixante fois. L'excision des points et des conduits lacrymaux est une opération très-simple, déterminant immédiatement une difformité considérable qui s'efface en quelques jours, au point d'être fort difficile à retrouver. La maladie guérit quelquefois, quelquefois aussi elle ne guérit pas, sans qu'il ait encore été possible à M. Velpeau d'en trouver une explication satisfaisante.

M. GOSSELIN a mis une fois cette pratique en usage; il n'a pas guéri sa malade, et il n'a pas obtenu l'oblitération du point lacrymal.

M. VELPEAU a rencontré, en effet, quelques malades chez lesquels les points lacrymaux ne se sont pas oblitérés ; ce sont ceux-là mêmes qui n'ont pas guéri.

M. LABORIE a vu un malade opéré jadis par M. Velpeau ; il lui a semblé qu'il y avait chez lui persistance du point lacrymal avec épiphora peu abondant ; mais la difformité était nulle, et la trace de l'opération difficile à reconnaître.

M. VELPEAU ne pense pas qu'il soit toujours besoin de recourir à la blépharoplastie pour des pertes de substance. Dans un cas, il a enlevé un cancroïde de la paupière inférieure sans faire de restauration, et le vide s'est bien comblé. Il avait emporté le point lacrymal, et il n'eut à constater qu'un peu d'épiphora, qu'il considère comme un petit inconvénient.

M. JARJAVAY a rencontré à Saint-Antoine une femme opérée par M. Velpeau depuis six ou sept mois ; la difformité est nulle ; mais la

tumeur lacrymale persiste, et la compression fait sortir du pus par une petite fistule siégeant sur la face palpébrale de la tumeur.

M. GUERSANT a opéré par la cautérisation deux adultes et quatre enfants, qui n'ont conservé que des épiphoras peu fatigants.

MM. LARREY, **VERNEUIL** et **BOINET** ayant présenté une demande tendant à modifier l'article du règlement relatif à la durée d'ouverture du scrutin de vote, une commission composée de MM. Broca, Larrey, Verneuil, Bouvier et Giraldès, est nommée pour examiner cette proposition.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Séance du 21 novembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION.

M. GIRALDÈS présente une petite fille âgée de vingt jours, atteinte d'une volumineuse tumeur située à la partie inférieure du tronc, qu'elle semble prolonger. Aussi grosse que le corps de l'enfant, cette tumeur, qu'il est possible de pédiculiser, est molle, fluctuante, transparente, séparée en quelque sorte en deux lobes, et semble contenir des cordons noueux. Sur sa face antérieure, on aperçoit l'orifice anal, dirigé en avant. La partie inférieure du sacrum, qui semble se perdre dans la partie supérieure de la tumeur, est épaissie et ne se termine pas en pointe.

M. Giraldès pense que cette affection est un spina-bifida de la région sacrée.

M. LARREY fait observer que l'enfant sur laquelle M. Giraldès présente cette tumeur de la région ano-périnéale offre une identité complète avec un nouveau-né soumis quinze ou vingt jours auparavant à l'examen de l'Académie de médecine. On pourrait de plus croire que l'un et l'autre ne font qu'un seul et même individu, comme on l'a vu quelquefois pour des sujets atteints de maladies rares, et qui, passant d'un hôpital dans un autre, fournissent autant d'observations répétées du même cas.

Pour ce qui est de celui-ci, la tumeur considérée soit comme un kyste séreux, soit plutôt comme un spina-bifida de la région sacro-coccygienne, est exposée à rompre ses parois amincies, sans avoir de chances de guérison.

M. CHASSAIGNAC affirme que cette enfant, qu'il a examinée à l'hôpital Lariboisière, est la même que celle qui a été présentée à l'Académie. Il a constaté chez cette petite malade la position insolite du spina-bifida, l'absence d'accidents du côté du cerveau par la compression de la poche, et cependant le gonflement de la tumeur par les efforts et les cris. Il n'a pu reconnaître la présence du sacrum, en introduisant une algalie dans le rectum.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Alex. Viennois, ancien interne des hôpitaux de Lyon, fait parvenir un second exemplaire de sa thèse inaugurale, soutenue à Paris en 1860. Le premier exemplaire a été adressé précédemment; par conséquent, M. le docteur Viennois, ayant rempli toutes les conditions exigées, est inscrit sur la liste des candidats au prix Duval pour 1860.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part des auteurs, les deux ouvrages suivants :

Gaujot : *Observations de deux cas de pustule maligne*. Paris, 1860, in-8°.

Brault : *Luxation complète en haut et en arrière du deuxième métatarsien*. Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Joire, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Sommelet (Lille), adresse un travail manuscrit intitulé : *Considérations à propos de quelques observations de fracture du col du fémur*. (Commissaires, MM. Robert, Richard, Houel.)

— M. le docteur Beaupoil (d'Ingrandes) adresse une observation intitulée : *Polype de l'urèthre chez la femme; ligature; guérison*. (Commissaires, MM. Guersant, Laborie, Verneuil.)

— M. Larrey transmet, de la part de M. le docteur Jules Dubois (d'Abbeville), une *observation de tumeurs cancéreuses multiples des paupières*, en montrant un plâtre colorié de cette maladie, assez rare sous une telle forme.

M. J. Dubois a déjà fait d'autres communications à la Société. Son observation inédite est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Jarjavay, Gosselin et Béraud.

M. DEBOUT lit un rapport sur une observation de spina-bifida.

Parmi les sujets d'étude qu'offrent aux chirurgiens les vices de conformation si divers que l'enfant peut présenter à sa naissance, le spina-bifida est sans contredit un de ceux qui méritent le plus d'éveiller notre sollicitude. La gravité de la lésion, la diversité des altérations pathologiques, l'âge des sujets sur lesquels l'art doit intervenir, font du traitement de ce vice de conformation un des problèmes de thérapeutique appliquée les plus difficiles à résoudre.

Un moyen non douteux de contribuer à l'avancement de la science, surtout en ce qui concerne les points encore obscurs, est de rassembler de temps en temps tous les documents qui existent sur ces points, de les soumettre à une analyse sévère et d'en faire sortir les enseignements qui peuvent utilement guider la pratique.

Si quelque lacune existe encore et appelle un nouveau progrès, on sait au moins d'où l'on doit partir pour réaliser le *desideratum.* C'est ce que nous avons tenté, il y a quelques années déjà, à l'égard des nombreux essais de traitement du spina.

L'étude des faits cliniques publiés nous avait conduit à mettre en relief d'une manière spéciale deux méthodes opératoires : les ponctions de la tumeur à l'aide d'aiguilles à acupuncture formulées par Astley Cooper, puis les injections iodées conseillées par notre illustre collègue M. le professeur Velpeau. Nous avions omis à dessein de mentionner les cas de succès fournis par l'excision des parois de la tumeur, ces faits prouvant seulement que les procédés opératoires les plus dangereux peuvent quelquefois réussir.

La méthode des ponctions laisse malheureusement trop à l'imprévu ; aussi, malgré les observations assez nombreuses de succès fournies surtout par les chirurgiens anglais, cette méthode n'est-elle pas entrée dans la pratique courante, même dans celle de nos confrères d'outre-Manche. Il n'en est pas de même de la méthode des injections iodées, car elle peut être formulée d'une manière plus précise. Ses nombreuses applications à la plupart des autres hydropisies des cavités closes ont démontré que la somme de traumatisme local était proportionnelle surtout au degré de concentration de la solution iodée. Il ne restait donc plus qu'à tracer les précautions particulières nécessitées par les conditions anatomo-pathologiques du spina-bifida. La tumeur est constituée toujours par une sorte de *diverticulum* des membranes rachidiennes, quand il ne vient pas s'y joindre quelques-uns des éléments de la moelle ou des cordons nerveux qui en émergent. On comprend dès lors la précision réclamée par de semblables

conditions. Pour peu que l'action traumatique provoquée par l'injection du liquide iodé soit considérable, l'inflammation ne reste plus localisée aux parois de la tumeur; elle gagne les membranes rachidiennes, et les enfants ne tardent pas à succomber.

Malgré ces dangers, nulle méthode n'a reçu de meilleur accueil. Depuis que les faits de succès de MM. Chassaignac, Velpeau et Brainard se sont produits au sein de la Société, de nouvelles tentatives ont eu lieu, et en assez grand nombre pour m'engager à les réunir, afin de juger la valeur de cette nouvelle application de la médication iodée (1).

Dans le traitement des vices de conformation qui ne posent aucune limite à l'exercice des fonctions du nouveau-né, une des conditions les plus essentielles réclamées de la thérapeutique est l'innocuité des moyens qu'elle met en œuvre. Le spina-bifida appartient à cet ordre de lésions; aussi est-ce la gravité des manœuvres opératoires employées jusqu'ici qui fait repousser le plus souvent toute tentative de traitement. Il ne suffit pas que les méthodes curatives soient les plus efficaces, il faut encore qu'elles soient les plus inoffensives.

Dans le traitement du spina-bifida par les injections iodées, deux méthodes opératoires ont été expérimentées.

L'une, celle adoptée par M. Brainard, n'est autre que le procédé préconisé par M. le professeur Teissier (de Lyon) dans les cas réfractaires d'hydropisie péritonéale. Au lieu de vider complétement la cavité abdominale du liquide qu'elle contient, notre distingué confrère conseille de se borner à évacuer une certaine partie de la sérosité et de la remplacer par une solution iodée.

L'autre méthode, formulée par M. le professeur Velpeau, consiste, vous le savez, à évacuer toute la sérosité de la tumeur, puis à pratiquer l'injection.

La manière de procéder de M. Brainard compte seulement les faits qu'il vous a cités. Si, dans le mémoire qu'il nous a lu ici et dans lequel il est venu revendiquer le mérite d'avoir le premier appliqué les injections iodées au traitement du spina-bifida, le professeur de Chicago nous avait fourni un récit plus complet et plus détaillé de ses tentatives, notre collègue eût fait beaucoup à l'égard de la méthode qu'il recommandait et même pour l'avenir de ce nouveau traitement. En effet, sur les six cas opérés par lui ou sous sa direction, cinq se sont terminés par la guérison; et même, dans le dernier, le

(1) Voir *Bulletin de thérapeutique*, t. LIV, p. 248.

résultat est incertain pour nous seul ; M. Brainard le range parmi les succès.

La méthode de M. Velpeau compte aujourd'hui dix faits, mais tous ne sont pas des cas de guérison. Sur ce nombre nous comptons un insuccès, cinq guérisons, quatre morts.

L'insuccès (voir le tableau, obs. 12) ne saurait incomber à la méthode ; car si le chirurgien, mieux éclairé sur sa valeur, avait répété son premier essai, nul doute qu'il ne fût arrivé à triompher du vice de conformation dont était affecté son petit malade.

Quant aux cinq guérisons, on peut défalquer la première observation (n° 7), attendu qu'à l'époque où l'injection iodée a été pratiquée la tumeur ne communiquait plus avec la cavité rachidienne; aussi les accidents ont-ils été nuls. Il n'en a pas été de même dans les autres cas; des complications très-sérieuses sont survenues ; tous les enfants ont éprouvé des convulsions, et trois d'entre eux ont été frappés de paraplégie (obs. IX, X, XI).

Dans les quatre cas de mort, le résultat funeste est dû le plus souvent à l'absence de préceptes. Tantôt le chirurgien a oublié de fermer avec assez de soin l'ouverture de communication de la tumeur avec la cavité rachidienne, et le liquide est remonté jusqu'au ventricule cérébelleux (obs. XIII). D'autres fois les chirurgiens injectent des solutions médicamenteuses trop concentrées, celles dont ils font usage dans le traitement de l'hydrocèle pour prévenir les récidives, mais ils ont oublié les circonstances anatomo-pathologiques si différentes entre les deux sortes de tumeurs (obs. XIV, XV).

Enfin, dans le dernier cas (obs. XVI), le praticien s'est décidé à pratiquer l'essai de l'injection iodée alors que le spina-bifida était le siége d'une inflammation à ses débuts; aussi quelques heures après l'opération, l'enfant succombait à une méningite rachidienne.

En résumé, quatre guérisons et quatre morts, tel est le bilan de la méthode que j'appellerai *chirurgicale*. On voit combien les résultats diffèrent de ceux que M. Brainard dit avoir obtenus : six succès sur six tentatives. Malheureusement, dans les sciences d'observation, les simples affirmations, voire même les observations incomplètes, ne sauraient suffire. (*Voir le tableau ci-contre.*)

Afin de ménager vos moments, j'ai réuni en un tableau tous les faits connus et que j'ai publiés ailleurs. Un simple coup d'œil vous permettra de vous rendre compte non-seulement des résultats définitifs, mais encore des circonstances les plus importantes de ces seize tentatives.

TABLEAU DES CAS DE SPINA-BIFIDA TRAITÉS PAR LES INJECTIONS IODÉES (1847-1859).

Observations.	AUTEURS.	Dates.	SEXE du malade.	AGE.	SIÉGE de la maladie.	COMPLICATIONS.	NOMBRE d'injections.	FORCE de la solution.	DURÉE du traitement.	ACCIDENTS.	RÉSULTATS.
1	Brainard.. . . .	1847	Fille.	13 ans.	Région sacrée.	Nulles.	15	Solut. étendues.	10 mois.	Nuls.	Guérison
2	Id.	1849	Fille.	8 jours.	Région lombaire.	Hydrocéphalie.	1	Id.	?	Id.	Id.
3	Id.	1850	Fille.	3 mois.	Id.	Id.	3	Id.	4 semaines.	Convulsions.	Id.
4	Id.	?	Garçon.	?	Id.	Nulles.	Plusieurs	Id.	?	Suppuration.	Id.
5	Id.	?	?	?	?	?	2	Id.	?	?	Id.
6	Id.	?	?	?	?	?	2	Id.	?	?	Id.
7	Du Tremblay. .	1848	Garçon.	14 mois.	Région lombaire.	Nulles.	1	Au 1/4.	1 mois.	Nuls.	Id.
8	Chassaignac. . .	1851	Garçon.	2 mois.	Région sacrée.	Id.	1	A 1/2.	1 mois.	Convulsions.	Id.
9	Velpeau.	1851	Fille.	4 mois.	Id. lombo-sacrée.	Id.	6	1/3 puis croiss.	13 mois.	Légères convul.	Id.
10	Maisonneuve.. .	1855	Garçon.	4 jours.	Région lombaire.	Id.	1	A 1/2.	5 semaines.	Paraplégie.	Id.
11	Viard.	1856	Garçon.	2 m. 1/2.	Id. lombo-sacrée.	Hydrocéphalie légre.	1	Au 1/3.	6 mois.	Id.	Id.
12	Nélaton.	1854	Garçon.	8 jours.	Région lombaire.	Nulles.	1	Au 1/3.	26 jours.	Nuls.	Insuccès.
13	Robert..	1855	Garçon.	3 mois.	Id.	Id.	1	Au 1/3.	Quelques min.	Convulsions.	Mort.
14	Serres (d'Alais).	1853	Fille.	8 jours.	Id.	Id.	2	A 1/2.	10 jours.	Id.	Id.
15	Jobert (de L.)..	?	?	1 mois.	Id. lombo-sacrée.	Id.	1	A 1/2.	8 jours.	Id.	Id.
16	Texier..	1859	Fille.	3 mois.	Région lombaire.	Id.	1	Au 1/3.	9 heures.	Id.	Id.

Avant de chercher à faire ressortir de ce tableau les enseignements pratiques qui en découlent, permettez-moi de vous donner lecture de l'un de ces faits que vous adresse M. Viard, et qui sert de base au mémoire que vous avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Huguier, Giraldès et Debout (rapporteur).

Après quelques considérations destinées à légitimer l'intervention de la chirurgie dans les cas de spina-bifida, alors même qu'il est compliqué d'hydrocéphalie, M. Viard nous donne l'histoire complète d'un jeune enfant affecté de ces deux vices de conformation, et chez lequel notre confrère a cru devoir tenter l'essai de la nouvelle médication. Comme tous les chirurgiens français, c'est à la méthode de M. Velpeau qu'il a donné la préférence.

Obs. — *Spina-bifida de la région lombo-sacrée compliqué d'un faible degré d'hydrocéphalie : tumeur volumineuse, non pédiculée. — Injection d'une solution iodée. — Paralysie des membres inférieurs et du col de la vessie, consécutive à l'injection. — Guérison de l'hydrorachis; résolution spontanée et presque complète de la paralysie. — Mort de l'enfant trois années après sa guérison. — Autopsie.*

Le 7 août 1856, je suis appelé, dit M. Viard, pour voir un enfant du sexe masculin, né à terme dans la nuit précédente. Cet enfant est fort, bien portant et de grosseur ordinaire ; les organes génitaux et les membres sont bien conformés ; la colonne vertébrale jusqu'à la région lombo-sacrée présente l'état normal, et il n'existe pas d'anomalie dans ses courbures.

Aucune partie du corps n'est le siége du moindre arrêt de développement ; la peau est rouge et fraîche, la figure est calme et n'exprime aucune souffrance ; la tête est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, le front est proéminent comme dans l'hydrocéphalie ; les sutures sont fermées, mais les fontanelles, surtout l'antérieure, sont largement ouvertes ; l'hydrocéphalie est donc peu prononcée. L'enfant n'est pas paraplégique, car il agite très-bien ses jambes, et sent parfaitement des piqûres d'épingle faites à la peau ; il tette bien, et les fonctions du rectum et de la vessie paraissent s'opérer d'une manière satisfaisante.

A la région lombo-sacrée, au niveau de la dernière vertèbre lombaire, on voit une tumeur arrondie, ayant le volume de la moitié d'une petite orange ; son diamètre transversal a 6 centimètres, le diamètre longitudinal 5 centimètres, et il y a environ 3 centimètres 1/2

ou 4 centimètres de la pointe du coccyx à la partie la plus déclive de la tumeur.

Cette poche est molle, fluctuante, transparente, peu tendue ; ses parois sont très-amincies, la peau qui la recouvre est d'un rouge bleuâtre ; elle présente au centre une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs ; les tissus sur lesquels repose cette ulcération sont rouges et saignants ; il se fait à la surface une exsudation de sérosité citrine, qui n'augmente pas par la compression de la tumeur, mais qui s'opère lentement et d'une manière insensible.

La pression permet de sentir parfaitement le flot du liquide contenu dans la cavité de la poche, et détermine une assez vive douleur, car l'enfant crie beaucoup. Cette pression, qui ne change pas le volume du kyste et ne détermine aucune convulsion, faite alternativement sur la tumeur rachidienne et sur les fontanelles, principalement l'antérieure, ne peut faire refluer le liquide soit d'un côté, soit de l'autre, de manière à mettre en évidence la communication entre ces deux parties.

Il est facile de constater également que l'acte de la respiration n'a aucune influence sur la plus ou moins grande tension des parois du kyste. Si cependant on place l'enfant sur le dos, il crie aussitôt et semble suffoquer.

La tumeur, au lieu d'être pédiculée, comme cela arrive souvent, a une base très-large ; il est possible de sentir, à la partie inférieure surtout, une dépression manifeste au niveau de la colonne rachidienne, et l'écartement des lames vertébrales ; sa cavité doit donc communiquer largement avec le canal rachidien.

Le père et la mère de l'enfant sont forts, bien portants et parfaitement conformés. Le père, qui est marié pour la deuxième fois, a eu avec sa première femme plusieurs enfants qui vivent et n'ont aucun vice de conformation ; un autre enfant, né de lui et de cette deuxième femme, n'avait non plus aucune anomalie ; mais il est mort au bout de douze jours, à la suite de convulsions. Cependant, nous avons appris que dans la famille du père il existait un antécédent d'une grande valeur : sa mère, par conséquent la grand'mère de notre malade, a mis au monde un enfant très-petit, chétif et affecté d'un spina-bifida dont la poche avait le volume d'une pomme d'api ; cet enfant, qui n'a subi aucun traitement, est mort au bout de onze mois. Ce renseignement, très-intéressant au point de vue de la pathogénie de l'hydro-rachis, prouve donc évidemment que dans ce cas l'anomalie de la colonne vertébrale a pour cause l'hérédité.

Redoutant pour cet enfant, d'une part, le sort de son ascendant et de tous les enfants atteints de cette malheureuse difformité, et, d'autre part, l'emploi des moyens trop énergiques, je me décide à pratiquer la ponction simple, avec compression de la tumeur. J'enfonce immédiatement à la base, dans un endroit où la peau est saine, un trocart capillaire, et je fais sortir environ deux cuillerées à bouche de sérosité claire, limpide et de couleur citrine. Cette sérosité, versée dans un tube à expériences et chauffée par la lampe à l'alcool, laisse immédiatement déposer une assez forte quantité d'albumine. La contre-expérience, au moyen de l'acide nitrique pur, donne le même résultat.

La sérosité évacuée, la peau s'affaisse et permet de sentir et même de voir le rebord de l'ouverture vertébrale, produit en haut et en bas par les apophyses épineuses, et sur les côtés par des tissus sains, probablement les muscles logés dans les gouttières vertébrales; seulement, sur chacun de ses côtés, on sent un petit tubercule osseux.

La dépression est actuellement manifeste ; et, en pressant avec le doigt, on apprécie bien l'écartement des parois du canal rachidien ; cette division a de 3 à 4 centimètres de haut en bas, et 1 centimètre transversalement.

Il m'a été impossible, avant et après la ponction, de distinguer dans l'intérieur de la tumeur aucune trace de la moelle ni des cordons nerveux qui en émergent à ce niveau, et il y a tout lieu de croire que si cet organe ou ses éléments dissociés eussent été accolés aux parois du kyste, il eût été facile, ce dernier ayant une grande transparence, de les trouver et de les reconnaître. Au contraire, la lumière d'une bougie promenée tout autour de la tumeur nous a permis de constater, dans toute son étendue, l'absence de tout corps pouvant causer la moindre opacité. En outre, après l'affaissement des parois, une exploration minutieuse, faite avec les doigts, ne nous a fait reconnaître dans la cavité aucune partie suspecte.

Après la sortie du liquide, une compression est établie avec soin avec un tampon de ouate, des linges superposés et un bandage lacé.

8 août. — L'enfant a beaucoup crié, surtout pendant les deux premières heures qui ont suivi l'opération ; cependant il a bien dormi pendant la nuit. Ce matin, ses traits ne sont nullement altérés, il boit très-bien ; mais, malgré la compression, la sérosité s'est reproduite presque complétement.

Les parents, subissant l'influence de personnes ignorantes et écou-

tant quelques conseils malveillants, m'enlèvent la direction du traitement commencé, et font appeler un autre médecin. Je perds de vue l'enfant pendant deux mois et demi, et ce n'est que le 25 octobre que je suis appelé de nouveau pour m'entendre avec un autre confrère sur le parti à prendre dans cette grave conjoncture.

L'enfant est gros, gras et bien fait ; ses membres sont bien développés, mais il ne peut se soutenir sur ses jambes, qui sont flasques et renversées un peu en dehors. Si on cherche à l'appuyer sur ses pieds, il crie immédiatement ; cependant il agite assez bien ses membres, tette et mange avec un bon appétit ; il est gai, ne paraît nullement souffrir, et jouit d'un bon sommeil. La tête est toujours proportionnellement volumineuse et le front proéminent ; la fontanelle postérieure est moins large, l'antérieure présente toujours une grande étendue (10 centimètres transversalement, et 6 centimètres d'avant en arrière).

La tumeur lombaire a beaucoup grossi ; son diamètre transversal à la base a 10 centimètres, et le longitudinal 8 centimètres ; elle est parfaitement arrondie et présente la forme d'une demi-sphère appliquée sur la région lombo-sacrée. Les parois sont excessivement amincies et transparentes ; on dirait une anse intestinale distendue ; l'ulcération du centre est presque guérie ; on ne sent aucun mouvement dans le kyste, dont le volume ne change pas dans l'acte de la respiration. La compression cause de la douleur à l'enfant, mais ne détermine pas de convulsions et ne fait refluer le liquide ni dans le crâne ni dans le canal rachidien. Une exploration attentive, faite encore avant et après l'évacuation de la sérosité, permet de constater une fois de plus l'absence dans la cavité de la tumeur d'aucun élément médullaire.

Ayant déjà connaissance des essais heureux de MM. Velpeau, Chassaignac et Brainard, de l'Illinois, et malgré la présence de deux contre-indications, l'ulcération (en voie de réparation) de la peau et la large base de la tumeur, je propose la ponction du kyste avec injection iodée. Cette opération est immédiatement acceptée.

Comme la première fois, je plonge un trocart très-fin à la base de la tumeur, et il en sort 30 centilitres d'un liquide blanchâtre, limpide et non filant ; soumis à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique, il donne un précipité albumineux beaucoup moins abondant que la première fois.

Craignant beaucoup le contact du mélange iodé avec la moelle, je fais appliquer sur l'ouverture vertébrale un petit tampon de ouate

qui peut se mouler sur le pourtour de la division; ce tampon, fortement maintenu par la main d'un confrère, M. le docteur Carré, qui m'a aidé de son concours et de ses lumières, j'injecte dans la poche 30 grammes environ du mélange suivant :

Eau distillée.	40 grammes.
Teinture d'iode.	20 —
Iodure de potassium. . . .	40 centigrammes.

Je fais circuler ce liquide tout autour du centre où porte le tampon, et après dix minutes de contact la même raison qui m'avait porté à chercher l'oblitération de l'ouverture spéciale me détermine à faire sortir tout le liquide injecté. Aussitôt après cette opération, l'enfant pousse des cris, et on remarque à la fontanelle antérieure une dépression considérable, qui disparaît une heure après, probablement par suite de la reproduction du liquide encéphalo-rachidien. Le soir, l'enfant n'a pas eu de fièvre; dans la journée, il tette bien : aucun accident.

Le 26 octobre, la tumeur s'est complétement reproduite; cependant les parois sont moins tendues, plus dures, moins transparentes et plus rouges; la tumeur paraît être aussi plus sensible au toucher. L'enfant a un sommeil agité et quelques accès de suffocation; dans ce moment, il n'a pas de fièvre, mais il a perdu en partie l'appétit. Je constate une paralysie complète des membres inférieurs, qui sont insensibles et ne font aucun mouvement, et du col de la vessie, car l'enfant laisse échapper involontairement ses urines. Cet accident est dû sans doute à une méningite spinale produite par l'introduction dans le canal vertébral de quelques gouttes de l'injection, et de leur contact avec la moelle et ses enveloppes. L'enfant, qui ne peut rester couché sur le ventre comme avant, paraît fatigué et abattu; la fontanelle antérieure ne présente rien de nouveau à noter.

Les parents, effrayés par la paraplégie et craignant de conserver un enfant, bien portant d'ailleurs, mais ne pouvant se servir de ses jambes, se refusent de nouveau à la continuation du traitement; je ne puis même, comme j'en aurais eu l'intention, comprimer la tumeur et appliquer sur sa surface une couche de collodion; l'enfant est donc abandonné, malgré toutes mes instances. Cependant il y eut pendant un mois, à partir de ce jour, dans l'état général et local, une amélioration progressive. Toutes les fonctions, excepté celles de la vessie, ont continué à s'exécuter normalement. La fièvre et l'abattement ont disparu peu à peu; le volume de la tumeur a diminué progressive-

ment, et le 26 novembre, deux mois après l'injection, voici les conditions où se trouve notre jeune opéré :

Il est gros et bien développé; les suites de l'opération n'ont en rien retardé l'accroissement; c'est pour son âge un très-bel enfant (trois mois et demi); la peau est bonne, souple et fraîche; il est gai, doux et facile à élever; toutes ses fonctions, excepté l'émission de l'urine, qui sort encore involontairement, se font très-bien; ses jambes, qui avaient été complétement paralysées, le sont beaucoup moins, car l'enfant les remue bien, et il commence à s'appuyer légèrement dessus, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

Cependant le sujet est encore trop jeune pour qu'il soit possible de bien apprécier les forces des membres inférieurs. La tumeur rachidienne a considérablement diminué de volume, surtout en saillie; actuellement son diamètre transversal a 5 centimètres et demi, et le longitudinal 6 centimètres un quart; les parois, qui étaient excessivement amincies, sont fortement revenues sur elles-mêmes et très-épaisses, surtout au centre et sur plusieurs points du pourtour. La tumeur qui reste est molle, ridée, et ne contient plus environ que quatre cuillerées de liquide; elle est moins sensible au toucher, et lorsqu'on couche l'enfant sur le dos il ne donne plus aucun signe de gêne ni de douleur, et ne suffoque plus comme avant notre intervention, et surtout pendant les huit jours qui l'ont suivie.

Il est à peu près impossible de sentir avec le doigt l'ouverture du canal vertébral, ce qui est un signe qu'elle a au moins diminué d'étendue; la tête est un peu moins grosse proportionnellement; cependant le front est toujours proéminent, et la fontanelle antérieure largement ouverte.

En présence d'une semblable amélioration, je renonce à faire dans le kyste une seconde injection, que les parents sont cependant disposés à accepter; je compte sur l'accroissement de l'enfant pour fermer définitivement le canal rachidien, et sur la nature pour achever cette guérison.

Le 7 avril 1858, l'enfant a vingt mois; la tête est toujours un peu plus grosse qu'à l'état normal et le front proéminent; la fontanelle postérieure n'existe plus et l'antérieure est presque fermée. L'intelligence est développée, et il ne paraît pas que le volume un peu fort de la tête ait aucune influence sur les fonctions cérébrales.

L'enfant a seize dents; leur évolution s'est faite sans aucun inconvénient.



A la région lombo-sacrée, on ne voit plus à la place de la tumeur qu'un paquet gros comme la moitié d'une petite pomme d'api, de tissus ratatinés et durs ; il est tout à fait impossible de sentir l'ouverture spinale, dont l'oblitération paraît être complète; la digestion se fait bien, les selles sont normales, et les matières fécales sont retenues par le sphincter anal ; les urines, au contraire, sont encore rendues involontairement : cependant, tant que l'enfant est couché ou assis, l'urine peut être facilement gardée et rendue seulement lorsque la vessie est remplie ; mais aussitôt que les pieds portent sur le sol, ce liquide sort goutte à goutte.

Le petit malade remue et agite bien les membres inférieurs, mais il ne peut encore marcher; pourtant nous devons noter de ce côté une amélioration sensible, surtout depuis un mois, car il jette ses jambes en avant et se soutient beaucoup mieux dans la station debout. Il est facile de constater que la partie antérieure du pied, depuis l'extrémité des orteils jusqu'au niveau du cou-de-pied, est le siége d'une paralysie du mouvement et du sentiment; les orteils demeurent flasques et inertes, et les piqûres d'épingle sur la peau ne produisent pas de sensation; le pied est normalement développé, mais les ongles sont noirs et ne prennent pas d'accroissement.

Il ne reste donc plus qu'une paralysie incomplète et limitée des membres inférieurs et du col vésical, encore tend-elle à s'améliorer

de jour en jour. Tout fait donc espérer que des toniques, des frictions stimulantes et l'influence des courants électro-magnétiques, achèveront de rendre à cet intéressant enfant la force, la sensibilité et le mouvement.

Le petit malade a succombé récemment, et M. Viard s'est empressé de nous faire tenir la fin de son observation, ainsi que la portion du squelette siége de l'arrêt de développement. Voici les détails qui nous sont transmis :

L'enfant qui fait le sujet de l'observation ci-dessus est mort le 13 janvier dernier, à la suite d'une angine couenneuse. Atteint le 9 janvier, les fausses membranes, d'abord limitées à l'arrière-gorge, n'ont pas tardé à envahir le larynx et la trachée, et le jeune malade succombait quatre jours après, le 13 janvier 1860.

L'enfant, à l'époque de sa mort, était gras, fort, robuste, ses membres et son corps avaient acquis leur grosseur et leur grandeur normales ; toutes ses fonctions, excepté la miction, étaient intactes. Malgré le volume notable de la tête remarqué après la naissance et la proéminence accusée du front, l'intelligence était entière et même remarquablement développée.

Du côté des mouvements des membres inférieurs et de la contractilité de la vessie, l'amélioration n'était pas très-sensible : les urines s'échappaient toujours involontairement, surtout dans la station verticale ; la partie inférieure des jambes, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, était très-molle, et on remarquait dans cette articulation une mobilité excessive, qui devait singulièrement nuire à la station. L'enfant ne pouvait encore marcher seul ; cependant lorsqu'on l'appuyait contre une chaise, il se soutenait beaucoup mieux qu'un an auparavant. En le faisant marcher, il était facile de voir qu'il avançait mieux les jambes, et qu'il devenait, lentement, il est vrai, mais toujours un peu plus solide et plus fort.

Il existait en arrière de l'anus, au niveau de la pointe du coccyx, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc et ayant 2 millimètres de profondeur ; ses bords étaient taillés à pic et sa surface offrait une teinte blafarde. Cette ulcération, qui avait débuté dix-huit mois environ après la naissance, n'avait pu être fermée par aucun moyen : les cautérisations, les pansements avec des pommades excitantes, etc., n'avaient pas produit le plus léger changement dans la vitalité des tissus ; il semblait que cette partie était frappée de mort et ne pouvait être ranimée par aucun stimulant ; il faut dire aussi qu'elle était bien un peu entretenue par l'écoulement fréquent

des urines. Quant à la sensibilité des membres inférieurs, elle avait éprouvé une amélioration notable, mais elle n'était pas encore arrivée à l'état normal.

J'avais bien prescrit quelques traitements à cet enfant. Malheureusement il appartenait à des parents pauvres qui ne pouvaient et ne voulaient faire aucun sacrifice, pas même de temps. Je me suis vu réduit, en conséquence, à ne pouvoir donner à notre intéressant malade que quelques séances d'électricité, qui ont paru produire un bon effet. Quant aux autres médications, elles étaient abandonnées presque aussitôt que commencées. Il est donc impossible de dire le résultat que des soins bien entendus et une médication appropriée et continuée avec persévérance auraient pu produire chez cet enfant.

Quoi qu'il en soit, voici un enfant qui vient au monde avec un vice de conformation qui, jusqu'à ce jour, le classait parmi les individus déclarés *non viables ;* une opération chirurgicale lui est faite, et cet être, qui devait nécessairement succomber dans un temps rapproché, non-seulement vit pendant quatre ans, mais encore se développe normalement, devient fort, robuste, intelligent, se soutient sur ses membres inférieurs, et promet même de vivre longtemps. Il meurt, il est vrai, non des suites de son affection première, mais par une maladie terrible, qui a régné épidémiquement à Montbard et enlevé un grand nombre d'enfants. N'est-ce pas là un fait digne de l'attention des membres de la Société de chirurgie ?

La pièce anatomique, que je n'ai pu me procurer qu'avec beaucoup de peine et en quelque sorte par surprise, me paraît remarquable à plusieurs points de vue :

On y voit trois vertèbres lombaires, le sacrum et le coccyx presque entièrement cartilagineux.

Le sacrum est complet, mais la concavité que présente la face antérieure de cet os à l'état normal est remplacée par une convexité ; sur la face postérieure, le canal sacré est ouvert dans toute sa longueur et n'a point de paroi postérieure ; la bifidité part de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et ne se termine qu'au coccyx. La moelle épinière a été ménagée autant que possible, mais sa terminaison n'a pu être conservée, à cause de la rapidité avec laquelle j'ai été obligé d'enlever la pièce pour éviter l'opposition des parents. Il restait cependant assez de cet organe pour voir qu'elle se terminait à l'angle supérieur de la bifurcation sacrée, où les nerfs de la queue de cheval venaient se confondre et se perdre dans une espèce de tissu

compacte et lardacé, dans lequel il était extrêmement difficile de les suivre. La moelle envoyait néanmoins des branches nerveuses dans les trois premiers trous de conjugaison du sacrum; mais il m'a été impossible de rencontrer aucun filet ayant quelque apparence nerveuse, se dirigeant vers le quatrième, et encore moins vers l'intervalle qui sépare le sacrum du coccyx, ou la première pièce de ce dernier.

C'est au niveau de la partie supérieure de la fissure sacrée que se voyait la tumeur séreuse opérée pendant la vie de l'enfant.

L'intérêt qu'éveillent les essais de traitement d'un spina-bifida, surtout lorsqu'ils se terminent par la guérison, m'a engagé à vous lire toute l'observation de M. Viard. La mention de ce fait nous a paru d'autant plus importante que le jeune malade de notre confrère était affecté de l'une de ces formes du vice de conformation dans lesquelles il est généralement admis que l'art ne doit pas intervenir; en effet, la tumeur communiquait largement avec le canal rachidien, et son enveloppe cutanée était le siége d'une ulcération. N'oublions pas, non plus, que l'hydrorachis coïncidait avec une hydrocéphalie. Malgré ces circonstances fâcheuses, convaincu que les enfants atteints de spina succombent dans les premières années de leur existence, M. Viard n'hésite pas à agir. Il fait choix d'abord du moyen qu'il croit le plus inoffensif: la ponction de la tumeur à l'aide d'un trocart capillaire, suivie de la compression de la poche. Cette première tentative échoue, et découragés par l'insuccès, les parents s'opposent à une nouvelle application de la méthode; aussi pendant deux mois et demi, M. Viard cesse de suivre son intéressant malade. La tumeur prenant de l'accroissement, les parents reviennent sur leur détermination première; une consultation a lieu. En présence des résultats heureux produits au sein de la Société de chirurgie, MM. les docteurs Viard et Carré se décident à recourir aux injections iodées.

Vous avez vu les précautions prises par M. Viard pour assurer les bons effets de la nouvelle médication. Malgré l'obturation de l'ouverture du rachis destinée à prévenir la pénétration du liquide médicamenteux, les symptômes de la paraplégie augmentent et une paralysie du col de la vessie vient encore aggraver l'état du petit malade. Aussi la famille repousse-t-elle l'emploi d'une seconde injection. L'opposition des parents a eu, cette fois, un bon résultat; elle est venue prouver qu'on ne doit pas répéter trop tôt ces opérations.

Les accidents dus au traumatisme local se sont dissipés peu à peu, et au bout d'un mois d'expectation le volume de la tumeur commençait à diminuer, quelques mouvements reparaissaient dans les mem-

bres inférieurs. Témoin de ce commencement d'amélioration, M. Viard est conduit à compter sur les effets de sa première injection pour amener la guérison du spina-bifida.

Les prévisions de notre confrère se sont réalisées, et le 20 avril 1858, c'est-à-dire vingt mois après son opération, il constatait la disparition de la tumeur. Celle-ci était remplacée par un bouchon de tissu cicatriciel du volume d'une pomme d'api qui obturait l'ouverture vertébrale. L'incontinence de l'urine ne s'était pas améliorée, mais il n'en était pas de même de la paraplégie. Un amendement notable s'était manifesté dans l'innervation des membres inférieurs, et tout laisse croire que l'emploi de l'électricité eût amené la guérison du jeune malade, s'il avait appartenu à des parents plus soucieux de la santé de leur enfant. Malgré sa paralysie, cet enfant se développait d'une manière normale, lorsque le 9 janvier dernier, à l'âge de trois ans et demi, il est atteint d'une angine couenneuse à laquelle il ne tarde pas à succomber.

M. Viard, afin de compléter son observation, s'efforce d'obtenir l'autopsie, mais nous savons tous les difficultés que rencontre ce complément de bonnes observations. Les conditions dans lesquelles il est obligé de l'accomplir ne lui permettent pas de se livrer à un examen aussi minutieux que le comporterait l'importance du fait. Toutefois, la pièce osseuse placée sous vos yeux vous permet de constater un fait curieux, l'existence d'une tumeur ronde et limitée à peine au tiers supérieur de la fissure sacrée. Dans la plupart des cas de spina présentant un hiatus aussi étendu, les tumeurs sont oblongues et contiennent une certaine partie des expansions terminales de la queue de cheval.

C'est à la forme particulière de la tumeur chez son malade que M. Viard a dû d'en pouvoir triompher, et, ce qui n'est pas moins remarquable, d'en triompher à la suite d'une seule injection. Il est vrai que les accidents locaux ont été sérieux, et que les effets du traumatisme se sont fait sentir sur les membranes rachidiennes et les quelques expansions nerveuses qu'elles enveloppaient.

M. Viard est conduit, par les bons résultats qu'il a obtenus de la médication iodée, à lui accorder une grande valeur. Afin de faire passer cette conviction dans vos esprits, il a reproduit tous les faits dans lesquels ce nouveau traitement a été expérimenté. Cette partie de sa tâche lui était facile, puisque nous avions pris le soin d'en rassembler les observations. Nous ne suivrons pas notre confrère dans l'analyse qu'il donne de ces divers essais, et nous aborderons de suite les

conclusions de son mémoire dans lesquelles l'auteur résume sa pensée sur la valeur des injections iodées comme traitement du spina-bifida.

Voici ces conclusions :

1° L'absence de pédicule dans la tumeur et l'hydrocéphalie ne sont pas des contre-indications de l'opération.

Cette première conclusion repose encore sur un trop petit nombre de faits pour être admise sans conteste, et M. Viard aurait dû employer le conditionnel: « peuvent ne pas être des contre-indications. » En effet, l'intervention fructueuse des injections iodées dans les cas d'absence de pédiculisation de la tumeur ne compte encore que deux observations, celle de M. Viard, puis une autre de notre collègue M. Maisonneuve. Or dans ces deux cas une paraplégie complète a été la suite du traumatisme provoqué par le liquide médicamenteux. Quant à la complication de l'hydrocéphalie, outre le cas de M. Viard, on la trouve notée seulement dans une des observations de M. Brainard.

Quoique la guérison ait été obtenue dans ces diverses tentatives, on serait conduit à repousser tout essai ultérieur de ce nouveau traitement dans les cas de spina-bifida présentant de semblables complications, si l'on ne pouvait diminuer les dangers du procédé opératoire suivi par notre confrère.

2° La méthode des injections iodées doit être employée de préférence à toute autre.

Cette seconde conclusion s'appuie sur des faits aujourd'hui trop nombreux pour être mise en doute. Mais, nous l'avons déjà fait remarquer, deux procédés opératoires bien différents ont été mis en œuvre dans les diverses expérimentations cliniques. Dans l'un, que nous nommerons le *procédé chirurgical*, on fait appel à l'action irritante de l'iode, et l'on détermine une inflammation des parois de la tumeur. Dans l'autre, le *procédé médical*, on fait appel surtout aux propriétés altérantes du médicament, afin de provoquer la résorption du liquide, comme dans les hydropisies des autres grandes cavités splanchniques, le thorax, l'abdomen.

Ces deux procédés ne sauraient être employés indifféremment. M. Viard partage cette opinion ; on va le voir.

3° Les tumeurs rachidiennes peuvent être réunies en deux groupes : le premier, comprenant les tumeurs pédiculées et non pédiculées, pourra être traité au moyen du procédé admis par les chirurgiens français, c'est-à-dire par l'évacuation complète de la tumeur,

et l'injection dans la cavité de celle-ci d'une solution dans laquelle les agents médicamenteux entreront d'abord pour un quart. Cette proportion sera augmentée graduellement suivant les effets obtenus. Il est indispensable dans ces cas d'oblitérer complétement l'ouverture vertébrale, et de ne pas laisser autant que possible de liquide iodé dans la cavité de la poche. Dans les tumeurs à base large, un tampon oblitérateur sera appliqué avant l'injection sur l'orifice de communication, et laissé à demeure jusqu'à ce qu'une sécrétion de sérosité nouvelle soit venue distendre le sac.

Le deuxième groupe, renfermant les tumeurs compliquées de la dissociation et du déplacement des éléments médullaires, ou d'une hydrocéphalie, devra être attaqué par le procédé des solutions étendues injectées soit au moyen d'une seringue ordinaire, soit d'un corps de pompe gradué proposé par M. Debout. Si ce dernier moyen était adopté, le médicament devrait être injecté pur; il serait prudent de débuter par une dose de 5 gouttes dans les tumeurs petites, 10 gouttes dans les moyennes, et 15 gouttes dans celles qui sont très-volumineuses. Ces quantités seraient graduellement augmentées si l'inflammation cherchée n'est pas assez considérable.

Nous avons admis que les tumeurs pédiculées nous semblaient seules justiciables du procédé chirurgical. En présence du succès qu'il a obtenu, M. Viard croit pouvoir leur joindre les tumeurs non pédiculées avec la précaution d'obturer l'ouverture rachidienne pendant la durée de l'injection. Cela n'est pas toujours possible; aussi nous ne saurions partager son opinion, et persistons à croire que dans les cas de tumeurs non pédiculées on devra essayer de préférence le procédé médical. Nous avons rappelé déjà que les tentatives de traitement ne devaient pas seulement être efficaces, mais encore inoffensives. Or, dans l'observation de M. Viard, comme dans celle de M. Maisonneuve, seuls cas de tumeurs non pédiculées traitées par l'injection iodée, nous voyons une paraplégie complète survenir malgré la précaution prise et recommandée par l'auteur. La guérison, quand elle a lieu, est obtenue à de trop onéreuses conditions pour que nous recommandions cette pratique.

Les spina-bifida dont les tumeurs ne sont pas pédiculisées devront donc être rangées dans le groupe des cas dont le traitement incombe au procédé médical.

Nous avons à présenter quelques remarques à propos des liquides médicamenteux destinés aux injections. Dans les problèmes de thérapeutique, on ne se préoccupe pas assez du côté chimique de la ques-

tion. Ainsi, dans l'étude de l'action topique de la teinture d'iode injectée dans les cavités closes, notre éminent collègue M. Velpeau a négligé complétement les modifications que l'addition de l'eau fait subir à l'agent médicamenteux.

L'iode est très-peu soluble dans l'eau, et c'est pour cela qu'on le dissout dans l'alcool. Lors donc qu'on vient à étendre cette teinture avec de l'eau, on décompose la solution alcoolique, et on précipite la plus grande partie du métalloïde. L'analyse chimique est venue prouver à M. Mialhe que lorsqu'on mélange 1/3 de teinture avec 2/3 d'eau, la solution ne contient plus que 1/216 d'iode, au lieu de 1/12 que renfermait la teinture. Si le mélange se fait à parties égales, la solution contiendra 1/72. On voit donc la grande variété de force que présentent les diverses solutions mises en œuvre.

Mais, objectera-t-on, les essais se sont faits avec ces solutions, et les expérimentations cliniques ont prouvé que l'emploi de ces mélanges médicamenteux donnait de bons résultats thérapeutiques! Je le confesse. Toutefois, je ferai remarquer qu'un certain nombre de faits sont venus révéler des effets différents. N'a-t-on pas vu l'inflammation des parois des kystes dépasser le degré nécessaire à la guérison? Or, ces revers s'expliquent par les réactions chimiques qui se produisent dans les mélanges médicamenteux. Pour peu que les solutions soient anciennes, si on injecte la partie supérieure du liquide, on produit une action topique très-faible; si on répète l'opération et qu'on pousse dans la cavité morbide les couches inférieures de la solution, on aura alors une injection trop active. J'ai pensé qu'il était utile de rappeler ces faits.

Les mêmes dangers ne sauraient se produire avec le procédé médical qui met en œuvre des solutions iodées iodurées. L'iodure de potassium employé en quantité égale à celle de l'iode maintient la solution du métalloïde complète, quelle que soit la quantité d'eau à laquelle on le mélange. Aussi sont-ce surtout ces solutions aqueuses que les médecins emploient dans le traitement des hydropisies, et que M. Brainard a recommandées exclusivement dans le traitement du spina-bifida.

Désireux d'augmenter encore l'innocuité de ce procédé, j'ai donné le conseil de projeter quelques gouttes d'une solution aqueuse (1)

(1) Voici une formule de solution aqueuse contenant une quantité d'iode égale à celle contenue dans la teinture, c'est-à-dire 1/12.

Iode.	1 gramme.
Iodure de potassium.	1 —
Eau distillée.	10 —

dans la tumeur à l'aide de la seringue Pravaz. Si l'on croyait nécessaire d'assurer le mélange du liquide médicamenteux avec la sérosité contenue dans la poche, on ferait usage de la seringue d'Anel modifiée par M. Charrière. Après avoir introduit les quelques gouttes de la solution iodée dans le corps de la seringue, et avoir adapté l'instrument à la canule, maintenue dans la tumeur, il suffirait de retirer le piston pour voir la sérosité entrer dans la seringue, se mêler aux quelques gouttes de liquide iodé, et constituer une injection médicamenteuse que l'on repousserait dans la tumeur. Cette opération se faisant à l'abri du contact de l'air, on pourrait la répéter afin de mieux assurer le mélange des deux liquides.

4° La paralysie du rectum, celle du col de la vessie, et la paraplégie, déterminées par l'action traumatique de la solution iodée sur la substance médullaire et ses enveloppes, n'est pas nécessairement incurable, à la condition cependant que cette action n'aura été ni trop intense ni de trop longue durée.

Cette complication, lorsqu'elle survient à la suite du traitement des injections iodées, est plus grave que ne le pense M. Viard. L'affaiblissement du mouvement musculaire dans les membres inférieurs existe quelquefois par le fait seul du spina. Ainsi, nous en avons été témoin de nouveau chez un malade de M. Manec, âgé de quatorze ans; mais ce que nous avons pu constater également, ce sont les bons effets de la faradisation. L'excitation électrique localisée dans les membres inférieurs a ramené la puissance normale de ces muscles affaiblis, et la cure se maintient depuis huit années. Probablement cette médication eût amélioré l'état de l'enfant de M. Viard; peut-être l'eût-elle guérie. Toutefois, l'électricité peut échouer dans ces cas; ainsi le petit malade de M. Maisonneuve a été traité par M. Duchenne avec une grande persévérance sans que la paraplégie ait été modifiée. La seule amélioration obtenue fut un léger amendement des fonctions de la défécation et de la miction.

5° L'instrument le plus favorable et jouissant de la plus grande innocuité pour opérer la ponction de la tumeur sera un trocart capillaire. Plus la tumeur sera volumineuse et distendue, plus l'emploi de ce trocart sera nécessaire.

La notion de l'innocuité des ponctions des cavités morbides, lorsqu'elles sont pratiquées à l'aide d'instruments capillaires, est due à Abernethy, et des faits nombreux sont venus la mettre en relief. Aussi est-ce s'exposer à de graves dangers que de se servir de trocart à hydrocèle pour opérer des spina-bifida.

Enfin, viennent les deux dernières conclusions, qui ne peuvent soulever aucune objection.

6° La ponction sera faite dans la peau saine et près de la base de la tumeur.

7° Aucune compression ne sera établie sur la poche après l'opération ; on fera même bien de la protéger par un appareil approprié.

Telles sont les données pratiques que soulève le traitement du spina-bifida, et que M. Viard a très-bien saisies et formulées. Les expérimentations cliniques ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de trancher tous les points en litige ; toutefois, comme le dit très-bien notre confrère, elles suffisent pour proclamer que :

De toutes les méthodes thérapeutiques connues, l'emploi des injections iodées constitue le traitement le plus efficace et le plus inoffensif de ce vice de conformation.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ;

2° De déposer très-honorablement son mémoire dans nos archives ;

3° D'inscrire le nom de M. Viard sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. BOINET pense que le conseil donné par le rapporteur d'attirer un peu du liquide de la poche dans la seringue de Pravaz, afin de l'y mélanger à l'iode, est inexécutable ; le liquide se coagulerait immédiatement.

Il estime qu'il est inutile de mettre deux fois autant d'iodure de potassium que d'iode pour que la solution soit complète ; quelques gouttes d'une solution de tannin remplissent le même but.

M. DEBOUT répond que l'analyse du liquide céphalo-rachidien est connue, mais non celle du spina-bifida et de l'hydrocéphalie. Le liquide du spina ne contient que 2 % d'albumine et ne se coagule pas sous l'influence de l'iode comme celui de l'hydrocèle vaginale, qui renferme 7 % d'albumine.

La quantité d'iodure nécessaire à une solution complète qu'il a indiquée est celle que donnent les chimistes eux-mêmes.

M. GIRALDÈS trouve que l'auteur de l'observation s'est peu préoccupé des conditions du spina-bifida qu'il a opéré : il est en effet de ces affections qui ne s'accroissent pas et ne sont pas nécessairement mortelles ; d'autres sont dans des conditions opposées : la moelle n'af-

fecte pas la même disposition dans toutes ces tumeurs, et peut donner des indications à l'intervention ou à l'abstention du chirurgien.

L'hydrocéphalie dont l'enfant opéré et guéri était atteint, était-elle une véritable hydrocéphalie, ou simplement une plus grande largeur des fontanelles et un écartement plus considérable des sutures?

M. Giraldès se plaint du vague des termes donnant la description de l'opération, et termine en disant que le relevé exact des cas de spina-bifida traités par l'injection ne lui semble pas devoir engager à suivre cette pratique.

Quelques observations sont encore adressées au rapporteur par MM. LARREY et LABORIE, rappelant des faits que M. Debout, n'ayant pas à faire un traité complet du spina-bifida, a passés sous silence.

Les conclusions du rapport de M. Debout sont adoptées.

M. DÉSORMEAUX présente un homme atteint de fracture ancienne de la rotule avec écartement de 7 à 8 centimètres. Cette difformité ne s'oppose en rien à aucune des fonctions du membre.

Fracture ancienne de la rotule; récidive, sans aucun traitement; intégrité parfaite des fonctions du membre quinze ans après. — Le 2 novembre 1860, est entré à l'hôpital Cochin le nommé V... (Pierre-Jean), âgé de cinquante-trois ans, d'un tempérament fort et vigoureux, atteint d'un phlegmon diffus de la jambe gauche, lequel, au 20 novembre, est à peu près complétement guéri. Ce malade porte en outre au membre inférieur droit une fracture ancienne de la rotule.

Vers 1838 ou 1840, son pied gauche glissa sur le pavé. En se roidissant et en se renversant en arrière pour rétablir l'équilibre, il entendit dans le genou droit un craquement. Il ne put continuer à marcher et fut transporté à Beaujon, où Marjolin constata une fracture de la rotule. On lui mit d'abord des cataplasmes; au bout de deux jours on appliqua le bandage unissant des plaies en travers, et le membre fut placé dans une gouttière. L'appareil resta appliqué quarante-deux jours sans être levé, après quoi il fut remplacé par une bande roulée. Il la garda douze jours, et sortit de l'hôpital sans appareil. Les fragments étaient bien rapprochés; il y avait à peine un écartement de l'épaisseur d'une lame de couteau. M. Marjolin lui dit qu'il était guéri radicalement.

Il conserva la jambe un peu roide, souffrait un peu en marchant et surtout en montant les escaliers, mais il n'y avait pas de déplacement; lorsque trois ans plus tard, en descendant un escalier, il

tomba sur le genou droit, il n'entendit aucun craquement ; mais la fracture se renouvela avant que le genou eût touché la terre. Il ne fit appeler aucun médecin, ne fit aucune tentative pour rapprocher les fragments. Il appliqua seulement une bande, resta vingt-cinq jours au lit, puis marcha avec des béquilles pendant un an. Il alla prendre les bains à Baréges, et put commencer à marcher avec une canne. La marche petit à petit s'améliora, mais depuis trois ans seulement elle est dans un état satisfaisant.

Etat actuel. — Le genou droit présente une déformation notable, et à première vue on reconnaît une fracture de la rotule. Le fragment supérieur est le plus petit ; il a la forme d'un demi-cercle. Sa hauteur est de 3 centimètres et demi, sa largeur de 5 centimètres et demi. Le fragment inférieur a la forme à peu près de la rotule ordinaire ; sa hauteur est de 4 centimètres et demi, sa largeur est de 6 centimètres. La distance des deux fragments est la suivante :

Lorsque la jambe est étendue, 4 centimètres ; lorsqu'elle est fléchie à angle droit, 7 centimètres et demi ; à angle aigu, le mollet appliqué sur la cuisse, 11 centimètres.

Le malade dit que pendant trois ans l'écartement a augmenté, mais que depuis il est resté stationnaire.

Du fragment supérieur partent plusieurs trousseaux fibreux très-épais, que l'on sent facilement à travers la peau, qui semblent avoir contracté avec elle de l'adhérence, et qui viennent se fixer en plusieurs points les uns au fragment inférieur, les autres à la tubérosité antérieure du tibia. Les plus épais s'attachent l'un au bord externe, l'autre au bord interne du fragment inférieur. Le plus gros est celui du bord externe.

Dans la flexion de la jambe, les condyles se dessinent entre les deux fragments, mais leur forme est rendue moins apparente par le cal fibreux qui les recouvre.

La cuisse malade, mesurée dans plusieurs points, a la même circonférence que la cuisse saine.

Fonctions du membre. — Toutes les fonctions du membre sont intactes et s'exécutent presque aussi bien que s'il n'y avait jamais eu de fracture. Le malade jette un peu la jambe en avant, mais il marche sans boiter. Il monte parfaitement bien des escaliers ; il peut atteindre cinq étages avec un sac de charbon sur le dos. La descente est un peu moins facile, et demande toujours quelque attention. Il reste parfaitement debout appuyé sur la jambe malade seule, l'autre étant levée en l'air.

Lorsqu'il est assis, il détache facilement le pied droit de terre et ramène le membre dans l'extension. En examinant avec soin la flexion et l'extension, qui s'exécutent comme sur le membre sain, on voit que le triceps a conservé toute sa contraction, et que ses mouvements se communiquent au fragment inférieur au moyen du cal fibreux. Toutefois, même dans la contraction la plus énergique, on peut imprimer au fragment inférieur quelques mouvements de latéralité, ce qu'on comprendra facilement si on réfléchit qu'une partie des cordons fibreux du cal se rend directement au tibia. Dans les mouvements, le fragment supérieur, en frottant contre le fémur, fait entendre une crépitation analogue à celle de l'arthrite sèche ; ce bruit est dû à une fausse articulation placée sur la face antérieure du fémur au-dessus des condyles, et dont on sent les rebords dans le relâchement du triceps.

La course, le saut, sont également possibles.

M. LARREY rappelle qu'il a présenté en 1855, à la Société, un cas tout à fait comparable à celui de M. Désormeaux. C'était une fracture ancienne et compliquée de la rotule, dont les fragments non consolidés offraient un écartement considérable sans empêcher les mouvements de l'articulation, et en permettant même la marche presque sans fatigue et sans claudication.

Fracture compliquée de la jambe et des malléoles. — M. LARREY présente les os d'une fracture de la jambe gauche compliquée d'écrasement des malléoles par un mécanisme singulier, et il donne l'extrait suivant de l'observation qui lui a été adressée de l'Algérie avec la pièce anatomique, par M. le docteur Coblence, médecin principal, chef de l'hôpital militaire de Milianah.

Un soldat arabe du 1er tirailleurs algériens, jeune et vigoureux, étant de corvée au magasin de fourrages le 24 août 1860, venait de monter par une échelle sur une meule de foin haute de 8 mètres environ au-dessus du sol, dallé en pierre. Mais au lieu d'en descendre de même, il voulut se laisser glisser, en saisissant la corde munie d'un crochet d'attache et d'un contre-poids de 20 kilogrammes. A peine était-il en position, qu'il fut précipité avec violence contre le sol, en tombant sur la plante du pied gauche, tandis que la hanche du même côté se trouvait heurtée par le poids de 20 kilogrammes. La jambe droite était restée fléchie, mais l'autre offrait une fracture comminutive des deux malléoles, avec issue du fragment inférieur du tibia à travers la peau, dans une longueur de 7 centimètres, et de fracture double du péroné. Le pied se trouvait intact.

Il n'y avait point de tentative à faire pour conserver le membre, et l'amputation immédiate fut pratiquée par M. Coblence dans le lieu d'élection, d'après le procédé à lambeau externe de M. Sédillot. Des accidents nerveux assez graves survenus le soir même, et provoqués par la douleur de la contusion de la hanche, excitèrent l'amputé à arracher son appareil, en déterminant une hémorrhagie. On dut le narcotiser et lui mettre la camisole de force, pour préserver son moignon de nouvelles atteintes. La douleur lombaire cessa bientôt, et la plaie de l'amputation parvint à une cicatrisation aussi prompte que régulière.

Quant aux os fracturés, ils nous montrent un exemple de l'écrasement multiple des malléoles comparable à une fracture comminutive par coup de feu, et pour le tibia, une variété de la fracture si bien décrite par M. Gosselin sous le nom de fracture en V, que j'ai proposé d'appeler *fracture cunéiforme*.

(Cette pièce anatomique est destinée au musée du Val-de-Grâce.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr LEGOUEST.

Séance du 28 *novembre* 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Chelius (d'Heidelberg), membre associé étranger, fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

1° *Handbuch der Chirurgie*. Heidelberg, 1857, 2 vol. in-8°.

2° *Zur Lehre von den Staphylomen des Auges*. Heidelberg, 1858, in-8°.

— M. le docteur Buez, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du cancer et de sa curabilité*. Strasbourg, 1860, in-8°.

— M. le docteur Chabalier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa

thèse inaugurale, intitulée : *Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes*. Paris, 1860, in-4°.

— M. le docteur Bourguet (d'Aix en Provence) adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Observations pour servir à l'histoire des régénérations osseuses*. (Commissaires, MM. Verneuil, Larrey et Morel-Lavallée.)

Les mêmes commissaires sont chargés d'examiner un mémoire de M. Joseph Jordan, chirurgien en chef de l'hôpital de Manchester, mémoire intitulé : *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostale*. Paris, 1860, in-4°.

COMMUNICATION.

M. LE PRÉSIDENT prévient la Société que le bureau a inscrit sur la liste des membres correspondants nationaux M. le docteur Davat, ci-devant membre correspondant étranger à Aix en Savoie.

— M. le docteur Charles Rouhier (de Recey-sur-Ource) (Côte-d'Or) adresse à la Société une observation de déplacement en dehors de la tête du péroné. Le malade, pesamment chargé, est tombé ; il ne peut donner aucun renseignement sur sa chute. L'examen immédiat permet de constater une saillie très-prononcée de la tête du péroné, qui, un peu déjetée en dehors, a perdu ses rapports articulaires avec le tibia : le tendon du biceps est parfaitement dessiné, tendu, et semble par cette tension même augmenter le déplacement.

Le membre est dans une extension presque complète ; la flexion spontanée est impossible ; la flexion communiquée est douloureuse.

Deux tentatives de réduction (sans anesthésie) restent sans succès ; réduction spontanée le deuxième jour de l'accident. Usage du membre recouvré après dix jours.

La Société regrette que M. le docteur Rouhier ne donne aucun détail sur le mécanisme de cette luxation, et sur celui de sa réduction spontanée.

— **M. GIRALDÈS** présente les pièces pathologiques recueillies sur la petite fille de vingt jours, atteinte de spina-bifida de la région sacrée, qu'il a présentée dans la dernière séance. La tumeur se détache du coccyx et forme une poche considérable, repoussant le rectum en avant et s'interposant entre cet organe et le coccyx ; le kyste est complétement clos. Le diagnostic de spina-bifida, porté tout d'abord, n'est donc pas confirmé. Avant la dissection du kyste et la notion de son lieu d'implantation, il avait été ponctionné, et, d'après le liquide fourni, liquide contenant des globules sanguins, une grande propor-

tion d'albumine, du chlorure de sodium, etc., on avait déjà rejeté l'existence d'un spina-bifida, et considéré l'affection comme un kyste congénital analogue à ceux qu'on rencontre dans la région cervicale.

M. BOINET fait remarquer que cette tumeur, qui manquait de quelques-uns des caractères du spina-bifida, eût pu être opérée par les injections iodées.

M. GIRALDÈS rappelle que l'état de l'enfant, qui a succombé à un érysipèle spontané, ne permettait d'entreprendre aucune espèce d'opération.

— M. MOREL-LAVALLÉE, en même temps qu'il fait la communication suivante, présente le malade qui en fait l'objet.

Le 22 septembre 1860 est entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, nº 9, Jean R..., vingt ans, maçon, rue Vanneau, 84.

Le jour même, il était tombé d'environ 10 mètres de haut.

Le lendemain, on constata une fracture de la mâchoire inférieure, et on appliqua une simple fronde; et le troisième jour, un appareil en gutta-percha.

A mon retour de la campagne, le 7 octobre, je trouvai la fracture siégeant entre les deux incisives droites, et le fragment droit déplacé en avant de presque toute l'épaisseur de l'os, et d'un demi-centimètre en haut.

Je posai un premier appareil, que je fus obligé de renouveler parce que le fil de fer qui m'avait servi à contenir momentanément la réduction, n'ayant pas été étiré, s'était allongé et avait permis en partie la reproduction du déplacement.

Les deux incisives, entre lesquelles passait la fracture, ayant été fort ébranlées au moment de l'accident, je m'aperçus, en levant le deuxième appareil, que l'incisive médiane, non encore entièrement consolidée, se déviait en arrière. J'appliquai, pour corriger cette irrégularité, un troisième moule, et aujourd'hui, 28 novembre, il ne reste plus de trace de la fracture; toute l'arcade dentaire a repris sa régularité. L'incisive, qui était si fortement ébranlée, n'est plus que très-peu sensiblement mobile, et bientôt elle ne le sera plus du tout.

M. GOSSELIN demande s'il est nécessaire de passer, comme l'indique M. Morel, un fil de fer entre les dents, cette manœuvre lui paraissant être une complication inutile dont il s'est déjà affranchi sans inconvénient.

M. MOREL-LAVALLÉE. L'anse do fil de fer est toujours utile et quelquefois nécessaire. Elle est toujours utile, parce que, même dans les cas simples, elle assure la rigoureuse exactitude de la coaptation ;

elle est quelquefois nécessaire, parce qu'il est des cas où les fragments sont d'une telle mobilité qu'il serait impossible de bien poser le moule s'ils n'étaient pas assujettis par l'anse métallique. Je m'en sers constamment.

M. HUGUIER s'est servi avec avantage de l'appareil de M. Morel dans un cas où, pour enlever un polype naso-pharyngien, il a déplacé le maxillaire supérieur sans l'enlever. Après avoir mis le maxillaire supérieur à nu, l'avoir scié en travers par le milieu, et détaché, au moyen d'une pince de Liston, des apophyses ptérygoïdes, il avait fait basculer de haut en bas et de dehors en dedans l'os du côté droit sur celui du côté gauche, la suture médiane palatine servant pour ainsi dire de charnière. Mais lorsqu'il voulut remettre l'os en place, il éprouva de grandes difficultés, que surmontèrent imparfaitement l'application de sutures et l'introduction dans les fosses nasales d'éponges auxquelles il fallut renoncer.

M. Huguier pria M. Morel d'appliquer sur son malade un appareil en gutta-percha, qui resta vingt jours en place. Aujourd'hui l'opéré est en très-bon état ; il parle, il mange, il a conservé ses dents, et n'a pas besoin d'un obturateur du palais.

— M. BOINET informe la Société que la petite fille atteinte d'impossibilité d'ouvrir la mâchoire par suite de brides cicatricielles, qu'il a présentée jadis à la Société et opérée avec M. Huguier, est dans un état très-satisfaisant. Nos deux collègues se proposent de la présenter de nouveau lorsqu'elle sera complétement guérie.

— M. BROCA donne lecture de deux observations adressées à la Société par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant.

Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure. — Ablation. — Guérison.

Mme P..., de Napoléon-Vendée, âgée de trente-cinq ans, entra comme pensionnaire à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 10 décembre 1854. Mariée depuis quinze ans, elle a toujours eu une assez bonne santé générale. Cependant, depuis plusieurs années, la plupart de ses dents molaires étaient cariées ; elles ne furent point arrachées et tombèrent par fragments.

Le mauvais état des dents entretenait une inflammation habituelle des gencives, compliquée d'une adénite sous-maxillaire.

A l'âge de trente ans, apparition des dents de sagesse ; à la mâchoire inférieure elles poussèrent d'une manière vicieuse, se dirigeant en dehors, et il fallut en faire l'extraction. Il y a un an, le côté gau-

che de la mâchoire inférieure devint le siége d'un gonflement qui augmenta assez rapidement, mais sans douleur notable. Les gencives se soulevèrent ; les racines des dents furent repoussées au dehors et devinrent mobiles. On eut recours alors à une application de sangsues, à la cautérisation des gencives, à divers collutoires, etc., mais sans aucun résultat.

Lorsque la malade vint à Nantes, voici quel était son état :

Une tumeur dure, osseuse vers sa partie inférieure, de consistance élastique dans sa partie supérieure, occupait tout l'intervalle qui sépare la dent canine de la branche du maxillaire inférieur ; la première petite molaire est repoussée en avant par la tumeur ; il n'y a pas de traces des autres dents. La membrane muqueuse gingivale qui recouvre la tumeur est rouge et en partie détruite ; elle est le siége d'une sécrétion purulente peu abondante. La tumeur paraît développée entre les deux lames de l'os, qui se sont déjetées en dehors et en dedans, au point qu'on a de la peine à retrouver la ligne qui marque le bord de la mâchoire.

Ces lames osseuses enveloppent la moitié inférieure de la tumeur et font corps avec elle. La tumeur repousse la langue, soulève la joue et présente en haut un sillon correspondant à l'arcade alvéolaire supérieure. Sa forme est irrégulière, son volume est bien plus considérable que celui d'un gros œuf de poule.

Depuis quelque temps il existe des douleurs de nature névralgique, un peu de fièvre et un amaigrissement assez considérable ; il n'y a jamais eu d'hémorrhagie, mais l'aspect de la muqueuse fait craindre que la tumeur ne soit pas simplement une production fibreuse.

L'opération fut pratiquée le 12 décembre 1854.

La lèvre inférieure fut divisée au niveau de la dent canine, et l'incision fut continuée sur le côté sous la base de la tumeur, de manière à permettre de détacher de la mâchoire toutes les parties molles, qui furent soulevées avec de larges crochets mousses.

Après avoir enlevé la petite molaire, je divisai, d'un trait de scie longeant la dent canine, tout le corps de l'os jusqu'à un demi-centimètre de son bord inférieur. Après cela, je fis sauter à l'aide de la gouge et du maillet toute la partie antérieure de la coque osseuse ; la tumeur fut alors énucléée, et il ne resta plus qu'à réséquer la lame interne fortement déjetée du côté de la bouche.

La bande osseuse qui fut conservée présentait du côté qui correspondait à la tumeur un grand nombre de dépressions séparées par des arêtes osseuses plus ou moins saillantes. Cette surface inégale fut

cautérisée avec le fer rouge, ce qui permit d'arrêter, par le même moyen, de petites hémorrhagies qui avaient lieu dans le fond de la plaie.

La cavité fut remplie avec des boulettes de charpie, et les parties molles extérieures furent réunies par la suture entortillée.

La tumeur, incisée dans toute son épaisseur, est formée de deux parties : l'une, plus considérable et plus profonde, est constituée exclusivement par du tissu fibreux ; l'autre, plus superficielle, présente aussi dans sa structure un tissu lamelleux, mais ramolli, grisâtre et infiltré de pus ; son aspect est du reste bien différent de celui des tumeurs cancéreuses.

Le lendemain de l'opération (13), j'enlève la charpie qui était dans la bouche ; le gonflement de la joue est considérable, il y a de la fièvre avec des soubresauts nerveux.

Le 16 et le 17, les épingles sont enlevées ; la réunion paraît solide.

La salive qui s'écoule par la bouche entraîne des débris de tissus carbonisés. Bientôt le gonflement diminue, l'état général devient plus satisfaisant, et la malade quitte l'hôpital le 24.

Quelques semaines après, des parcelles osseuses nécrosées se détachèrent, et à partir de ce moment la guérison fut complète.

Par suite de l'incision latérale faite à la lèvre inférieure, il y a eu pendant longtemps une paralysie du mouvement des fibres musculaires placées entre cette incision et la ligne médiane ; il en est résulté un défaut de symétrie très-apparent entre les deux côtés du visage. Cet inconvénient, qui a disparu à la longue, peut toujours être évité en faisant l'incision sur le milieu même de la lèvre.

Depuis cinq ans que l'opération a été pratiquée, la guérison s'est maintenue, et il n'y a eu aucun symptôme qui puisse faire craindre une récidive.

Tumeur fibreuse du maxillaire inférieur. — Ablation. — Guérison.

Mme S..., âgée de trente-huit ans, me fut adressée au mois d'avril 1858 pour une tumeur volumineuse qui lui remplissait la bouche, et dont elle désirait être débarrassée.

Cette femme fut placée dans le service de clinique, cabinet 8, n° 6.

Elle nous raconta qu'à l'âge de dix-huit ans elle s'était fait arracher une dent molaire du côté gauche de la mâchoire inférieure ; que l'opération avait été fort douloureuse, et que, peu de temps après,

une petite tumeur, qui acquit bientôt le volume d'une noisette, se montra dans le point occupé précédemment par la dent.

Cette tumeur resta stationnaire pendant huit ans environ, et ne causait qu'une gêne insignifiante.

Mariée à l'âge de vingt-trois ans, notre malade a eu plusieurs enfants, et avait une santé générale excellente.

Depuis douze ans la tumeur s'est accrue peu à peu, et avait, il y a six mois, le volume d'un œuf de poule. A partir de cette dernière époque, les progrès ont été rapides; le mal, jusque-là renfermé dans la bouche, a fait irruption au dehors sous forme d'un champignon ulcéré remplissant les deux tiers de l'orifice buccal.

Voici, du reste, quel était l'état de la malade au moment de son entrée à l'hôpital :

Le visage est déformé; la joue gauche est soulevée et tendue; la commissure labiale gauche est entraînée en dehors et en avant par la tumeur, qui fait à l'extérieur, au delà des lèvres, une saillie de plusieurs centimètres. Dans cette portion saillante, la tumeur est ulcérée, paraît contournée sur elle-même, et rappelle un peu l'aspect de la pointe du cœur après une longue macération.

Cette tumeur est fort dure et paraît peu vasculaire; elle occupe toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, depuis la symphyse du menton jusqu'à la branche montante. En promenant le doigt sous le bord inférieur de l'os, on constate qu'il est intact dans une petite épaisseur. Mais les deux lames de l'os ont été écartées: la lame externe, en partie détruite, forme une enveloppe à la base de la tumeur; la lame interne est refoulée en bas et en arrière, et a pris la place du plancher de la bouche. La portion interne de la tumeur remplit en effet la cavité buccale, et a repoussé la langue en arrière et à droite dans un petit espace triangulaire où ses mouvements sont très-gênés.

Les mâchoires ne peuvent se rapprocher; l'arcade alvéolaire supérieure est déformée; les dents sont inclinées fortement en dehors, et ont creusé dans la tumeur un sillon profond.

La déformation de la bouche, le déplacement et la compression de la langue ont pour résultat une difficulté très-grande de la prononciation, l'abolition complète de la mastication et une gêne notable dans la déglutition. En outre, l'écartement permanent des mâchoires et des lèvres laisse à la salive un écoulement continuel au dehors. Ces circonstances sont plus que suffisantes pour expliquer l'amaigrissement et la faiblesse, qui augmentent de jour en jour.

L'opération est pratiquée de la manière suivante :

La lèvre inférieure est divisée sur la ligne médiane, et l'incision est prolongée jusqu'à l'angle de la mâchoire en suivant le bord inférieur de l'os. Le lambeau est ensuite décollé et relevé d'un seul coup au moyen d'une spatule, et la face externe de l'os est ainsi complétement dénudée dans toute la partie correspondant à la tumeur.

Après ce premier temps, suivi de la ligature des artères, l'os est attaqué par deux traits de scie, le premier le divisant verticalement de haut en bas au niveau de la symphyse jusqu'à un demi-centimètre du bord inférieur, le second intéressant toute la lame externe parallèlement au bord inférieur, et à la distance d'un demi-centimètre de ce bord. Il est facile alors d'enlever la tumeur, partie par énucléation, partie par arrachement. Enfin la table interne de l'os est attaquée par la gouge et le maillet, et enlevée par décollement du périoste.

Quelques artères furent liées dans le fond de la bouche ; de la charpie imbibée de perchlorure de fer fut appliquée sur quelques points d'où le sang coulait en nappe, et les parties de l'os sur lesquelles était implantée la tumeur furent cautérisées avec le fer rouge.

La plaie extérieure, réunie au moyen de la suture entortillée, se cicatrisa en quelques jours, et la malade sortit de l'hôpital quatorze jours après l'opération.

Depuis ce temps, la guérison ne s'est pas démentie, et la figure a repris sa régularité. Par suite de la conservation du périoste, la brèche faite au maxillaire inférieur s'est en grande partie comblée.

Examen de la tumeur. — Elle paraît s'être développée dans le périoste alvéolo-dentaire. Incisée dans toute sa longueur, on la trouve composée exclusivement de feuillets fibreux que l'on peut séparer facilement les uns des autres, et qui semblent formés de fibrilles très-fines. Ces fibrilles, examinées au microscope, ne sont que du tissu conjonctif ordinaire et non condensé, ce qui rend compte de l'aspect de la tumeur et de sa dissociation facile.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'observation suivante, adressée par M. Alex. Colson, membre correspondant de la Société, à Noyon :

Division congénitale de la joue droite se prolongeant depuis la bouche jusqu'au niveau des secondes grosses molaires, et formant une sorte de bec-de-lièvre horizontal.

Le 8 avril 1860, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Noyon (Aisne) la nom-

mée A. C..., âgée de dix ans. Elle porte un vice de conformation congénital très-rare, si l'on en juge par le défaut d'observations et par l'absence de toute place faite à cette difformité dans les traités de chirurgie à moi connus. La moitié gauche de la bouche est très-bien conformée, mais il n'en est pas de même de la moitié droite, qui se prolonge en forme de fente à travers la joue jusqu'au niveau des secondes grosses dents molaires, et il est remarquable que les deux surfaces de ces lèvres anormales offrent un aspect tout différent de celui des lèvres ordinaires. En effet, au lieu d'être lisses, bombées et arrondies comme à droite, elles sont plates, leur bord est froncé, irrégulier, et elles présentent des inégalités visibles surtout dans leur partie postérieure, inégalités dues sans doute à la contraction des faisceaux musculaires, qui, à l'état normal, se continuent de haut en bas dans l'épaisseur de la joue, et qui ici, divisés en travers par la fente congénitale, viennent s'insérer plus ou moins obliquement sur la muqueuse qui tapisse les bords de cette fente.

Les dents incisives du côté de la lésion, les canines, les petites molaires, les premières et secondes grosses dents molaires sont à découvert. Quand l'enfant boit, une partie du liquide s'écoule au dehors par la fente de la joue, et quand la mastication des aliments solides a lieu, une partie des aliments s'échappe aussi au dehors. La salive s'écoule d'ailleurs continuellement de la bouche, qui ne peut jamais être fermée du côté de la difformité, de telle sorte que cette petite fille bave continuellement; enfin elle parle très-mal, et sa prononciation est toujours très-défectueuse. De plus, elle fait constamment une grimace particulière, une espèce de moue sensible seulement sur la moitié saine de la bouche, et due sans doute aux efforts continuels qu'elle fait pour amoindrir sa difformité en contractant l'orbiculaire et les autres muscles des lèvres; mais plus elle se contraint pour cela, plus la difformité est apparente, et quelque effort qu'elle fasse, elle ne peut rien dissimuler de la laideur de sa figure. L'ouverture de la moitié droite de la bouche et de la joue droite, ouverture toujours béante, baignée de salive, laissant voir dans son fond les dents et les gencives, donne au visage de l'enfant un aspect étrange et véritablement hideux; aussi elle fuit les regards du monde et elle cherche toujours à se cacher lorsqu'on fixe les yeux sur elle. Elle est très-maigre, et quoique les digestions ne soient pas pénibles, il me paraît évident que la nutrition se fait mal, sans doute à cause de la déperdition continuelle de la salive, et aussi peut-être à cause du chagrin que l'enfant éprouve de sa difformité.

L'intérêt de cette observation étant seulement dans la nature de la lésion congénitale, je ne m'étendrai pas beaucoup sur le traitement, qui n'a différé en rien de celui du bec-de-lièvre ordinaire. La maladie me parut consister uniquement dans une variété de bec-de-lièvre qui était horizontal au lieu d'être vertical, et qui affectait la joue au lieu d'affecter la lèvre. Je pratiquai donc avec des ciseaux de trousse l'avivement de toute la fente, en enlevant aussi exactement que possible la membrane muqueuse avec une petite portion des tissus sous-jacents et de la peau; puis je fis la suture entortillée, pour laquelle j'employai trois épingles à pointe triangulaire et à arêtes vives. Au bout de soixante-douze heures, j'enlevai les épingles; le fil de la suture se détacha de lui-même les jours suivants, et le 1er mai 1860, A. C... sortit de l'Hôtel-Dieu guérie de sa difformité, dont il ne lui restait pas d'autres traces qu'une différence d'épaisseur entre la moitié gauche et la moitié droite des lèvres; mais elle fait encore la moue: c'est un reste d'habitude de toute sa vie antérieure, et il sera difficile d'en triompher. Pourtant, avec de la surveillance de la part des parents et de la bonne volonté du côté de la petite fille, je ne doute pas qu'on n'en vienne à bout. Deux mois après l'opération, le 23 juin 1860, j'ai trouvé une amélioration notable sous ce rapport, et je suis convaincu que bientôt il ne restera plus aucune trace de cette mauvaise habitude, pas plus enfin qu'il n'en existe de la difformité. L'enfant reprend aussi progressivement de l'embonpoint, et il est évident que chez elle la nutrition se fait maintenant mieux qu'avant l'opération.

Réflexions. — Le bec-de-lièvre congénital affecte très-rarement des parties de la bouche autres que la lèvre supérieure, et je ne connais point d'exemples de cette exception autres qu'un fait de bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, cité par Samuel Cooper, et celui de la joue, qui m'appartient. Dans l'observation du *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper, il s'agit d'une dame qui consulta Tronchin pour des désordres digestifs graves qui l'avaient rendue très-maigre et menaçaient son existence. Cette dame était en même temps atteinte d'un bec-de-lièvre de la lèvre inférieure qui lui faisait perdre une partie de sa salive. Tronchin reconnut de suite la cause du mal, et il ordonna pour tout traitement l'opération du bec-de-lièvre, qui fut faite, et au moyen de laquelle cette dame fut guérie de tous ses maux.

Si je cite ce fait tiré de la pratique de Tronchin, c'est parce qu'il est peu connu, en quelque sorte oublié, et qu'il mérite d'être rappelé à la mémoire de tous, et aussi parce que c'est un fait très-rare. Mais le bec-de-lièvre congénital des joues doit être pour le moins aussi

rare que celui de la lèvre inférieure, car je n'en connais pas d'observation autre que celle que je publie aujourd'hui.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Legouest.

IMMOBILITÉ DES MACHOIRES PAR FORMATION INODULAIRE.

Création d'une pseudarthrose.

M. Verneuil, ayant autrefois entretenu la Société de chirurgie des tentatives récemment faites pour guérir cette difformité, par la création d'une pseudarthrose dans la continuité de l'os maxillaire inférieur, communique de nouveaux documents relatifs à ce point important de chirurgie réparatrice.

Ils sont tirés d'un article récemment publié par un chirurgien italien très-distingué, M. le professeur Francesco Rizzoli, de Bologne (1), qui s'est occupé avec beaucoup de succès de la question.

L'auteur consacre une bonne partie de son travail à répondre à diverses questions et objections renfermées dans le travail que M. Verneuil a inséré dans les *Archives générales de médecine,* au commencement de cette année (2); il discute surtout la valeur comparée de la section simple sans perte de substance, et de la résection partielle recommandée par M. Esmarch, de Kiel. Il se prononce en faveur du premier procédé, qu'il trouve plus simple, moins dangereux et tout aussi efficace; conclusion vers laquelle tendait M. Verneuil lui-même.

Aux trois observations qu'il a déjà publiées, M. Rizzoli en ajoute une quatrième qui confirme ses opinions et montre encore une simplification dans le manuel opératoire.

Voici une analyse de ce fait :

Une petite fille de la Romagne, Maria M..., âgée de six ans, vint à la clinique de M. Rizzoli, en juillet 1860, pour être traitée d'un resserrement complet des mâchoires.

---

(1) *Sul methodo della semplice incisione verticale sotto cutanea del corpo della mandibola inferiore per la cura del serramento delle mascelle.* Lettera del professore cavaliere Francesco Rizzoli diretta al chiarissimo dottore A. Verneuil. Bologna, 1860. Extrait *dal Bulletino delle scienze mediche di Bologna,* ser. 4a, vol. XIV, p. 109.

(2) *De la création d'une fausse articulation par section ou résection partielle de l'os maxillaire inférieur comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure.* Paris, 1860, in-8o, Labé.

Cette enfant avait été atteinte, dans le courant de janvier 1859, d'une affection typhoïde qui avait guéri presque sans soins médicaux. Pendant la convalescence, toutefois, une stomatite se déclara et se termina sans doute par une gangrène circonscrite de l'intérieur de la bouche du côté droit. Dès le début, il y eut de la gêne dans la déglutition et dans l'action d'ouvrir la bouche, avec gonflement et rougeur de la joue droite, puis écoulement d'un fluide brunâtre d'odeur fétide. Au bout de quelques semaines, l'écartement des mâchoires était encore aussi pénible et aussi difficile, quoique la douleur et le gonflement de la région eussent peu à peu disparu.

Au commencement de décembre, l'immobilité du maxillaire inférieur était complète. Depuis cette époque jusqu'en juillet 1860, l'alimentation avait été fort entravée, comme on le conçoit; par bonheur, l'absence de la dent canine supérieure gauche offrait encore une petite voie d'introduction aux liquides et aux aliments solides finement triturés; mais une dent pouvait repousser d'un moment à l'autre et boucher le précieux pertuis.

M. Rizzoli, ayant examiné l'enfant, la trouva émaciée et débile, incapable d'ailleurs de proférer une parole, en raison de son peu d'intelligence. La joue droite était encore dure et tuméfiée. Le gonflement s'étendait à la fois sur la paroi antérieure du maxillaire supérieur et sur la partie latérale droite du maxillaire inférieur.

Le doigt pénétrait facilement, à gauche, entre la joue et les mâchoires, mais à droite, à quelques lignes seulement de la commissure, il était arrêté par un tissu fibreux, épais de près d'un pouce, se prolongeant en haut et en bas, et soudant fortement la surface interne de la joue aux deux mâchoires.

Les incisives supérieures recouvraient complétement les inférieures. On ne pouvait imprimer aucun mouvement au maxillaire inférieur.

L'épaisseur, l'étendue, la dureté du tissu inodulaire, laissaient peu ou pas d'espoir de réussir par la section des adhérences et l'autoplastie consécutive, et le seul moyen efficace consistait dans la section ou la résection de l'os pratiquée au-devant des adhérences pour obtenir la formation d'une pseudarthrose. Avant d'en venir néanmoins à cet expédient extrême, M. Rizzoli voulut s'assurer exactement de l'état des surfaces correspondantes de la joue et des mâchoires. Il arracha donc la canine supérieure droite, qui était vacillante, ce qui lui permit d'introduire dans la bouche l'extrémité du petit doigt. Il constata que la deuxième petite molaire inférieure, luxée et nécrosée, proéminait dans l'intérieur de la bouche, et que la portion du rebord alvéolaire, où devaient surgir plus tard les grosses molaires, était

soudée avec le bord antérieur de l'apophyse montante et la région correspondante du maxillaire supérieur, par une masse épaisse et dure de tissu fibreux cicatriciel.

Cette disposition anatomo-pathologique démontrait la nécessité absolue d'établir une pseudarthrose. Il ne restait plus qu'à opter, comme moyen d'exécution, entre la section simple et la résection d'un segment osseux.

Ici M. Rizzoli expose les motifs qui lui ont fait préférer la section simple, qui fut exécutée de la manière suivante, en présence de MM. Atti, Biagi, Massarenti, médecins et chirurgiens *delle Spedale maggiore*, le 9 juillet 1860.

L'enfant fut assise sur une chaise, et un aide fut chargé de renverser en bas la lèvre inférieure.

Une incision de quelques lignes fut faite au voisinage de la commissure droite sur la muqueuse qui se réfléchit de la surface interne de la lèvre sur l'arcade alvéolaire inférieure. Cette incision siégeait au niveau de l'interstice de la canine et de la première petite molaire inférieure. Elle permit de contourner le rebord inférieur de la mâchoire avec la pointe de la lame mousse de l'ostéotome, et de perforer avec cette pointe la muqueuse du plancher inférieur de la bouche, en rasant la face interne du maxillaire; en appliquant alors la lame coupante de la cisaille contre la face extérieure de l'os, il fut facile de sectionner celui-ci complétement et d'un seul coup.

La longue portion du maxillaire dépourvue d'adhérences étant ainsi rendue libre, l'enfant put aussitôt ouvrir largement la bouche. Le doigt pénétrant facilement, M. Rizzoli enleva à l'aise la deuxième petite molaire déjà détachée, et put reconnaître exactement les adhérences dont il a été parlé plus haut.

L'écoulement sanguin fut minime; quelques boulettes de charpie furent placées entre les deux fragments, et l'enfant fut reportée dans son lit.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, l'enfant présenta quelques symptômes d'affection vermineuse. La santonine amena l'expulsion de plusieurs lombrics. La joue droite, s'étant un peu gonflée, fut recouverte de topiques émollients. L'irritation passée, on introduisit un coin de bois entre les mâchoires pour les tenir écartées; mais l'inintelligence et l'indocilité de l'enfant ne permirent pas de continuer longtemps ce moyen.

La guérison ne s'en effectua pas moins complétement.

Les mouvements exécutés par la mâchoire suffirent pour permettre le boire et le manger, pour empêcher la réunion de la portion libérée

du maxillaire avec la partie restée fixe, et pour donner naissance dans le point sectionné à une nouvelle articulation. Celle-ci tarda toutefois un peu à s'achever, en raison de la chute tardive de la canine inférieure droite et d'une petite portion nécrosée du bord alvéolaire correspondant.

Tel est le récit du nouveau succès obtenu par le chirurgien de Bologne. On doit signaler ici la simplification du procédé. La section de la mâchoire a été pratiquée sans incisions extérieures, sans dissections préalables ; il a suffi de renverser la lèvre et de ponctionner la muqueuse au fond du cul-de-sac labio-gingival pour introduire, placer convenablement et faire agir efficacement la pince ostéotome. Il est impossible, à coup sûr, d'obtenir un si grand résultat définitif à moins de frais. A la vérité, la mâchoire était peu développée, car l'enfant n'avait que six ans, et chez des adolescents ou des adultes l'exécution du procédé pourrait être un peu plus laborieuse, mais se faire encore par l'intérieur de la bouche, puisqu'on a pu réséquer une portion assez étendue du maxillaire inférieur sans intéresser les téguments des lèvres.

Il est bon de noter que dans le cas actuel la section de la mâchoire au-devant des adhérences était la seule opération qui offrît quelques chances de succès. En effet, l'examen direct de la lésion montra que les adhérences occupaient non-seulement le cul-de-sac géno-maxillaire tout entier, mais encore la commissure intermaxillaire et toute l'étendue des deux arcades alvéolaires répondant aux molaires de la deuxième dentition. Cet état pathologique ne paraît point curable par les incisions inodulaires, aidées même par les moyens mécaniques consécutifs. Il sera toutefois intéressant de savoir ce qu'il adviendra lors de l'éruption des grosses molaires.

M. Verneuil, en rapportant la première observation de M. Rizzoli, avait inséré dans son mémoire la phrase suivante : « Avant d'en venir à la section de la mâchoire inférieure, M. Rizzoli avait songé à divers expédients palliatifs destinés à agrandir la voie d'introduction des aliments ; mais il ne nous dit pas explicitement quels motifs l'ont poussé à adopter presque d'emblée une mesure opératoire qui pourrait passer pour extrême. »

Dans sa publication récente, M. Rizzoli répond à ce paragraphe, et se défend d'avoir été conduit par le hasard ou la simple inspiration. Il s'est laissé guider, au contraire, par l'examen de ce qui se passe après les résections partielles du maxillaire inférieur, et surtout par

une opération exécutée devant lui en 1832 par le célèbre Baroni (1).

Quelques mots sur ce fait :

Un homme de quarante ans reçut en 1832 un coup de feu à la joue droite. La balle lacéra toute la région, et les téguments furent largement mortifiés. La suppuration fut longue. Plusieurs esquilles se détachèrent à diverses époques. La cicatrisation extérieure s'effectua enfin, mais laissa après elle des difformités multiples : un ectropion, une balafre à la joue, et des adhérences fortes et étendues dans l'intérieur de la bouche. L'écartement des mâchoires ne permettait pas d'introduire le bout du doigt ; ce resserrement augmentait de jour en jour, malgré l'emploi de l'éponge préparée, et c'est pourquoi le malade était venu consulter Baroni, espérant qu'on pourrait diviser les adhérences de la joue à la mâchoire. Mais le chirurgien proposa autre chose. Supposant que les adhérences n'étaient pas la seule cause du mal, et que l'os maxillaire inférieur était altéré, il conçut le plan suivant : inciser les téguments de la joue depuis la commissure buccale jusqu'au masséter ; détruire ainsi avec facilité les adhérences géno-maxillaires, si étendues qu'elles fussent ; extraire les pièces d'os détachées ou malades, quoique adhérentes.

Le 9 octobre, le resserrement des mâchoires avait augmenté, et les dents supérieures recouvraient les inférieures. L'alimentation était réduite aux liquides et aux solides pulpeux. Le blessé se soumit à l'opération. Baroni, ne sachant pas d'avance dans quel état il trouverait le maxillaire et quelle mutilation il devrait lui faire subir, s'était muni de tous les instruments à résection.

Une première incision s'étendit horizontalement de la commissure jusqu'au masséter ; une seconde incision verticale, partant également de la commissure, descendit au-dessous du bord inférieur du maxillaire ; dissection du lambeau ; destruction des adhérences qui remplissaient tout l'espace compris entre les deux mâchoires entre elles et la joue correspondante, dissection pénible en raison de la grande résistance du tissu cicatriciel.

La mâchoire inférieure était mise à découvert, et cependant, malgré la section de toutes les adhérences, elle ne pouvait s'abaisser encore. L'os était malade au niveau du bord antérieur du masséter. Baroni résolut d'enlever toute la partie altérée. Il dénuda donc un petit point de l'os sain, au-devant de la région malade, pour pouvoir appli-

(1) M. Rizzoli reproduit textuellement l'observation de Baroni, insérée dans le *Bulletino delle scienze mediche della Societa medico-chirurgica di Bologna,* 1833 ; vol. VIII, p. 200.

quer la scie; mais comme il songeait à réséquer plus ou moins largement l'angle de la mâchoire, il prolongea l'incision horizontale tégumentaire jusqu'au bord postérieur de la branche montante, et de ce point fit partir une troisième incision verticale et parvenant jusqu'à l'angle maxillaire.

La section de l'os fut faite au niveau de la première molaire. Elle fut assez facile, moins cependant que dans le cas où on peut abaisser la mâchoire. Dès qu'elle fut effectuée, toute la portion gauche du maxillaire put se mouvoir facilement. Il n'en fut pas de même du moignon qui restait à droite. L'os était augmenté de volume et formé de deux pièces.

Ignorant dans quelle étendue la branche montante était altérée, Baroni se décida à l'enlever tout entière. Il la sépara donc du masséter, du temporal, avec peine, puis des ptérygoïdiens et des ligaments; enfin, il fit la désarticulation, après avoir encore incisé les téguments jusqu'à l'arcade zygomatique.

Le malade, épuisé d'un si long travail, fut reporté dans son lit et pansé plus tard. La plaie fut réunie par la suture entortillée.

Passons sous silence les suites de l'opération, qui furent assez sérieuses, et arrivons au résultat éloigné.

La difformité était naturellement notable, car on avait enlevé toute la branche verticale et une bonne portion de la branche horizontale de la mâchoire. Mais la barbe la dissimulait assez bien.

Mais, outre la difformité, un autre inconvénient a persisté. La membrane interne de la joue a contracté des adhérences avec la partie latérale de la mandibule, ce qui met obstacle à l'écartement large des mâchoires. Toutefois la parole, l'introduction des aliments et la mastication ne sont point empêchées. L'érysipèle qui survint après l'opération fut cause qu'on ne fit rien pour prévenir cet inconvénient, car on n'osa pas introduire de corps étrangers dans l'intérieur de la bouche. L'excision de ces adhérences aurait sans doute des avantages, et procurerait plus de mobilité à la mandibule.

Abstraction faite de la difformité, qui, en somme, n'a fait qu'en remplacer une autre, le malade se montre satisfait de l'opération qu'il a subie, car il a gagné beaucoup dans les mouvements de la mâchoire; il parle beaucoup mieux, introduit et mâche les aliments, ce qu'il ne pouvait faire auparavant sans de grandes difficultés; enfin, il est délivré du suintement fétide continuel qui se faisait à l'intérieur de sa bouche.

Témoin oculaire de ce fait, M. Rizzoli en conclut que la résection pouvait, dans quelques cas exceptionnels d'immobilité de la mâchoire,

rendre à la portion conservée de cet os des mouvements suffisants. D'autres faits confirmeront cette manière de voir ; mais cette opération étant redoutable et pouvant entraîner des conséquences sérieuses, il convenait de chercher un moyen plus simple, surtout dans ces cas d'immobilité maxillaire où l'os lui-même était exempt de toute lésion rendant la résection nécessaire. C'est ainsi que M. Rizzoli arriva à concevoir l'utilité et l'efficacité de la section verticale de la mâchoire inférieure pratiquée sans perte de substance et au-devant des adhérences. C'est ainsi qu'il se justifie du soupçon d'empirisme pur. Son procédé, basé sur l'induction, validé par l'expérience, remédie au mal et reste exempt de tous les inconvénients qu'entraîne après elle la déviation du moignon maxillaire après toute résection un peu étendue, déviation que notre collègue de Bologne connaît à fond et décrit avec exactitude.

Tout en accordant, ajoute M. Verneuil, que l'opération de Baroni a pu servir d'origine aux méditations de M. Rizzoli, on ne peut y voir autre chose qu'une résection ordinaire de la mâchoire pour maladie osseuse. Les fonctions de la mandibule ont été, il est vrai, récupérées d'une manière satisfaisante ; mais rien ne prouve que Baroni ait conçu, en agissant comme il l'a fait, l'idée de la création d'une pseudarthrose palliative ; son texte n'en dit pas un mot ; le résultat a été réalisé, il est vrai, mais sans être recherché. Je fais cette réflexion, parce que M. Rizzoli me paraît enclin à donner à son illustre maître une priorité qui ne lui appartient pas. En un mot, et pour bien me faire comprendre, je dirai qu'en 1832 Baroni a fait la résection *dans un cas où le resserrement de la mâchoire existait*, *mais non dans le but spécial de combattre ce resserrement*. Je l'ai déjà dit dans mon mémoire et je le répète, c'est la conception raisonnée d'un procédé et non son exécution fortuite suivie d'un résultat non prévu qui constitue la vraie priorité scientifique. Si l'on n'adoptait pas ses bases, la nature aurait d'abord, grâce à ses erreurs et à ses errements, la priorité de la plupart des méthodes, et les importantes conceptions grâce auxquelles nous pouvons aujourd'hui vaincre ou du moins éluder la grave difformité qui nous occupe appartiendraient au premier opérateur qui a réséqué la mâchoire et fait disparaître ainsi l'immobilité, la gêne de la parole et de la mastication qui accompagnent la plupart des lésions organiques de cet os.

Je me crois donc autorisé jusqu'à nouvel ordre à maintenir les conclusions historiques de mon premier mémoire. Toutefois la connaissance du fait de Baroni me suggère une autre réflexion. Dans l'état actuel de la question, ne serait-il pas possible, un cas pareil étant

donné, de le guérir à moins de frais, c'est-à-dire sans recourir à la longue et périlleuse opération qu'exécuta le chirurgien romain? La section simple de la mâchoire au-devant des adhérences remédierait à l'immobilité de la mâchoire et rétablirait les fonctions buccales; resterait à traiter l'altération du moignon osseux séparé du reste de l'os et resté immobile. La maladie, étant d'origine traumatique, appartiendrait sans doute à l'ostéite avec ses suites, carie ou nécrose. Or ne pourrait-on pas la traiter directement par les moyens appropriés, et par l'extérieur à l'aide même d'opérations diverses, évidement, rugination, extraction de séquestres, et par l'intérieur de la cavité buccale offrant désormais une voie accessible? Et ce traitement temporisateur et prolongé ne serait-il pas préférable à la grande mutilation dont nous avons signalé les difficultés et les dangereuses péripéties?

Les blessures par armes à feu des régions maxillaires et temporales ont plus d'une fois déjà donné lieu à des resserrements très-opiniâtres des mâchoires; on peut donc d'avance songer à la cure de ces accidents, et c'est ce qui m'a engagé à grossir cette note des dernières réflexions qui la terminent ici.

Séance du 5 décembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu.

M. MOREL-LAVALLÉE demande une rectification au procès-verbal en ce qui concerne sa réponse à M. Gosselin sur l'importance du fil de fer dans le traitement des fractures de la mâchoire inférieure. Il regarde comme absolument nécessaire l'emploi du fil de fer pour obtenir un bon résultat.

Après cette rectification, le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Robert demande un congé pour cette séance.

— M. Jarjavay écrit qu'il ne peut assister à la séance.

— M. Bourguet (d'Aix-en-Provence) envoie de nouveaux documents pour être ajoutés à son mémoire intitulé *Observations pour servir à l'histoire des régénérations osseuses.*

— M. le docteur Bourgeois (d'Etampes) fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Boinet, une observation de *Furoncle anthracoïde malin*. Renvoi à la commission déjà nommée, MM. Boinet, Huguier et Debout.

— M. Larrey présente, par l'intermédiaire de M. Sichel et de la part de M. d'Ammon, associé étranger de la Société, à Dresde, un ouvrage traduit de l'allemand par M. Van Biervlist (de Bruges), intitulé *Histoire du développement de l'œil humain*, Bruxelles, 1860, in-8°. M. Giraldès est chargé de faire une analyse de l'ouvrage de M. d'Ammon.

— M. le secrétaire général annonce que M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine lui a fait remettre, pour les membres de la Société de chirurgie, six lettres d'invitation à la séance solennelle de l'Académie de médecine, séance qui aura lieu le mardi 11 décembre.

COMMUNICATIONS.

M. BOUVIER communique de la part de M. MIRAULT (d'Angers) deux observations d'anévrysmes faux consécutifs traités par la compression. Dans la première observation, la guérison a été obtenue en trente et une heures par la compression digitale indirecte et intermittente. Il s'agissait d'un anévrysme consécutif à une blessure de l'artère brachiale. Dans la deuxième observation, on voit un anévrysme traumatique de l'artère temporale à son origine guérir par la compression digitale directe et intermittente pendant quatre-vingt-cinq heures.

Note sur deux nouveaux cas d'anévrysmes externes, guéris par l'emploi de la compression digitale.

Dans le cours de l'année 1860, j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie un exemplaire d'un travail sur le traitement de l'anévrysme externe par la compression indirecte exercée avec les doigts; opuscule dans lequel j'ai cherché à démontrer que ce mode de compression est préférable sous beaucoup de rapports à celle qu'on pratique à l'aide d'appareils mécaniques, qui souvent ne peuvent être supportés par les malades.

Toutefois, je n'ai pas prétendu que la compression digitale fût applicable à tous les cas d'anévrysme indistinctement, ni qu'elle réussît toujours. De nouvelles observations sont encore nécessaires pour déterminer au juste sa valeur absolue ou comparative, et c'est pour

cette raison que je reviens aujourd'hui sur cet important sujet, qui est demeuré en quelque façon à l'ordre du jour à la Société de chirurgie, et que je vais communiquer à mes très-honorés collègues deux autres cas d'anévrysmes traités avec succès par le nouveau procédé de compression. L'un avait atteint l'artère humérale, l'autre l'artère temporale.

Obs. I. — *Anévrysme consécutif à une blessure de l'artère brachiale; compression digitale indirecte et intermittente, exercée pendant trente et une heures; guérison.*

René C..., vingt-trois ans, jardinier de la commune de La Daguenière (Maine-et-Loire), fut saigné sur la veine basilique; le 28 mai 1860, par une personne étrangère à la médecine. On ne s'aperçut de rien au premier moment. Ce ne fut, paraît-il, que quelques jours après que se manifesta au pli du bras une tumeur qui fut prise pour un thrombus. Cette tumeur semblait grossir durant un travail fatigant, et causait alors des douleurs qui s'étendaient à toute la longueur du bras.

Le 27 juillet, ce malade me fut adressé par le médecin de sa localité, et je reconnus de suite un anévrysme. La tumeur, en effet, en présentait tous les symptômes, et son volume, à cette époque, était celui de la moitié d'un œuf de poule. Ce même jour, C... entra à l'hôpital Saint-Charles, d'Angers, et fut soumis immédiatement à la compression de l'artère brachiale, vers la partie moyenne, depuis onze heures du matin jusqu'à neuf heures du soir.

Le lendemain 28, la compression fut reprise à six heures du matin et continuée sans interruption jusqu'au soir neuf heures. Dès ce deuxième jour on put reconnaître que la tumeur devenait plus ferme.

Le 29, troisième jour, on recommença à comprimer à six heures du matin. A huit heures, les battements de l'anévrysme étaient obscurs. A midi, au moment de ma visite, j'eus d'abord de la peine à les sentir; quelques instants après je ne les retrouvai plus, et ils avaient cessé pour ne plus reparaître. On se borna dès lors à surveiller le malade, qui s'en retourna chez lui guéri, le 6 août.

Le lendemain il se trouvait si bien, qu'il se crut en état de reprendre ses travaux. Depuis, la guérison s'est maintenue parfaitement.

Obs. II. — *Anévrysme traumatique de l'artère temporale à son origine; compression digitale directe et intermittente pendant quatre-vingt-cinq heures. Guérison.*

Pierre T..., de la commune des Alleudes (Maine-et-Loire), âgé de

neuf ans, de constitution délicate, poursuivait une poule, lorsqu'un coq de haute taille lui sauta au visage et lui fit d'un coup de bec une blessure à 2 centimètres au-devant du lobule de l'oreille droite. Le sang jaillit, au dire des parents, à plus d'un mètre de distance et par des mouvements saccadés. Il s'en était écoulé à peu près un verre quand on parvint à l'arrêter. Deux heures après M. le docteur Reullié (de Brissac) était auprès de cet enfant, auquel il appliqua un bandage compressif pour prévenir une nouvelle hémorrhagie.

Huit ou dix jours après l'accident, une tumeur, grosse comme une noisette, s'était manifestée en arrière de la plaie, dans la région parotidienne. Aux pulsations, isochrones à celles du pouls, qu'elle présentait, M. Reullié reconnut un anévrysme, ce qui le détermina à conduire son malade à Angers, le 20 juillet 1860, pour en conférer avec moi. Mon diagnostic fut en tout conforme au sien, et nous arrêtâmes que le jeune T... serait placé à l'hospice Saint-Charles, pour y être traité par la compression digitale.

Il y entra le 29 du même mois. A cette époque, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme d'api. Ses limites étaient : en avant, la branche de la mâchoire, sur laquelle elle anticipait d'un centimètre environ ; en arrière, l'apophyse mastoïde ; en haut, l'arcade zygomatique, et en bas l'angle du maxillaire inférieur, qu'elle dépassait notablement.

L'anévrysme, caractérisé par tous les symptômes qui lui sont propres, soulevait la moitié inférieure du pavillon de l'oreille, qui, vu par derrière, faisait une grande saillie sur la partie latérale de la tête. Au-devant du lobule, on voyait une cicatrice qui indiquait le lieu où avait existé la blessure. Les battements de la tumeur, perceptibles à la vue et au toucher, pouvaient être suspendus quand on la comprimait à sa partie antéro-supérieure, au-devant du tragus. Ce fut le point qu'on choisit pour appliquer la compression ; elle fut commencée le 4 août et continuée de la manière suivante :

Le 4, cinq heures de compression ; le 5, dix heures et demie ; le 6, onze heures ; le 7, huit heures ; le 8, neuf heures et demie ; le 9, onze heures ; le 10, dix heures ; le 11, dix heures et demie ; le 12, neuf heures et demie.

Ainsi, la compression durait depuis quatre-vingt-cinq heures, lorsque la cessation des pulsations apprit que le sang s'était coagulé dans l'anévrysme. En moyenne, approximativement neuf heures et demie par jour. Le malade se reposait la nuit et dormait assez bien, quoique chaque soir il fût très-fatigué d'une compression aussi pro-

longée. Ce n'est pas sans peine, vous le voyez, Messieurs, que ce succès a été obtenu ; il n'a pas fallu moins que la constance et l'admirable dévouement de la sœur Saint-Martinien, qui durant neuf jours consécutifs a comprimé seule la tumeur, avec de courtes interruptions.

Vous comprenez, sans que j'aie besoin de le dire, pourquoi je n'ai pas fait comprimer au-dessous de la tumeur plutôt que sur la tumeur elle-même. La profondeur à laquelle l'artère carotide est située dans la région parotidienne ne permettait pas de suspendre le cours du sang ni avec les doigts ni par l'emploi d'un appareil quelconque. Quant à la compression de la carotide dans la région cervicale, outre qu'elle eût été supportée plus difficilement par notre jeune malade, il n'est pas bien certain qu'elle eût atteint le but qu'on poursuivait, si l'on songe à la facilité avec laquelle s'établit la circulation du sang d'un côté de la tête avec le côté opposé.

J'ai cherché, dans une dissection faite sur un sujet approximativement du même âge que T..., à préciser le point où le vaisseau anévrysmatique a été blessé par le coq, et il m'a paru que c'était au point même où la temporale naît de la carotide. Le bec de l'animal, pour atteindre l'artère, a dû nécessairement intéresser la peau, le tissu cellulo-graisseux, l'aponévrose et la glande parotide à sa partie antéro-supérieure, partie où, à la vérité, elle a le moins d'épaisseur.

Ces deux observations, qui tendent à confirmer de plus en plus l'efficacité de la compression digitale, m'ont paru dignes de fixer l'attention de la Société de chirurgie, et particulièrement la deuxième, qui offre un grand intérêt sous le triple rapport de la cause insolite de l'anévrysme de T..., du siége qu'il affectait et de l'emploi de la compression sur la tumeur elle-même, probablement au point où la plaie de l'artère communiquait avec le sac anévrysmal.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que les artères du cuir chevelu se prêtent mal à la compression directe. Il semble au premier abord que la compression devrait réussir sur le crâne mieux que partout ailleurs, puisque tout semble disposé pour l'application de cette méthode, et cependant il n'en est rien. En effet, si l'on examine les résultats de la pratique, on reste bientôt convaincu que les tumeurs érectiles, les varices, les anévrysmes, ont toujours résisté à la compression la plus méthodique. Il faut donc accepter l'observation de M. Mirault comme très-curieuse, sous ce point de vue qu'elle fait exception à la règle.

M. BOUVIER ajoute, comme renseignement propre à éclairer la discussion, qu'il s'agit d'un enfant âgé de neuf ans.

M. MOREL-LAVALLÉE appuie la manière de voir de M. Chassaignac, et cite une observation d'une jeune fille qui, dans une chute sur des fragments de verre de bouteille, eut une des artères du cuir chevelu coupée, qui donna lieu à une hémorrhagie. La compression fut faite sur la blessure, et, quelque méthodique qu'elle fût, elle n'en échoua pas moins; ce qui l'obligea de pratiquer la ligature du vaisseau blessé, ligature bientôt suivie de la guérison.

M. BROCA. Les faits cités par MM. Morel-Lavallée et Chassaignac sont certainement dignes d'attention; mais ils n'offrent pas la moindre analogie avec ceux de M. Mirault.

Du reste, tout le monde sait qu'autrefois l'artériotomie était souvent pratiquée au crâne, cependant la compression était le seul moyen employé pour arrêter le sang, et elle réussissait dans l'immense majorité des cas. Quant au fait cité par M. Morel-Lavallée, c'est une simple hémorrhagie, ce n'est point un anévrysme, et par conséquent il ne doit pas être mis sur le même rang que les faits de M. Mirault. L'observation de M. Chassaignac lui suggère les réflexions suivantes. Il est démontré que la compression directe dans les hémorrhagies du cuir chevelu a réussi le plus souvent. La compression indirecte est difficile dans cette région; mais dans les cas cités, où son emploi a été fait, il s'agissait non plus d'anévrysmes, mais de varices, de tumeurs érectiles, et dès lors il n'y a rien d'étonnant que ce procédé ait été inefficace. Il ne voit pas que le fait rapporté par M. Mirault soit en contradiction avec le passé. Les réflexions de M. Chassaignac s'appliquent donc seulement aux cas de compression directe digitale, et non au cas de M. Mirault.

Quant à lui, il n'a vu qu'une fois une varice artérielle du cuir chevelu, traitée par la compression indirecte. Le résultat fut nul, et cela devait être, puisqu'il n'y avait pas de sac. Plus tard, les injections au perchlorure de fer ont amené la guérison.

M. LARREY. La compression dans certaines lésions du crâne qui viennent d'être énoncées, se rapporte à des faits d'un ordre si différent, qu'on ne saurait les confondre dans une seule et même appréciation. Il me paraît donc essentiel de distinguer, à cet égard, les trois groupes indiqués, à savoir : les tumeurs, les hémorrhagies et l'artériotomie.

L'insuffisance de la compression contre diverses tumeurs sanguines ou pulsatiles du crâne doit être admise, comme le déclare M. Chas-

saignac, qui a d'ailleurs examiné cette question d'une manière spéciale dans une savante monographie sur les *tumeurs de la voûte du crâne*.

Mais je ne partagerai pas son avis sur l'insuffisance de la compression dans la plupart des hémorrhagies traumatiques de la surface de la tête, dont j'ai vu bien des exemples, et qui s'arrêtent, en général, non-seulement par l'application méthodique des appareils contentifs, mais aussi par le pansement le plus simple, ou même à l'air libre, et presque spontanément.

Je suis encore moins disposé à admettre que la compression bien faite de l'artère temporale, après la saignée, ne suffise point d'ordinaire pour arrêter l'écoulement du sang. J'ai eu plusieurs fois occasion de pratiquer cette saignée sous les ordres de mon père, qui en était fort partisan, comme de la saignée de la veine jugulaire dans certaines lésions de la tête, et je n'ai point vu que l'artériotomie occasionnât des hémorrhagies persistantes, après la compression.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il faut établir une distinction entre une hémorrhagie et une plaie d'artère. Quand, dans une plaie, vous avez une hémorrhagie, vous avez des tissus modifiés dans leurs propriétés et leur vitalité; ces tissus sont congestionnés, ramollis, enflammés, en un mot. Dans une plaie récente, au contraire, tous les tissus conservent leurs propriétés. Dans le premier cas, si vous établissez une compression directe, vous devez nécessairement échouer, parce que cette méthode sera difficilement supportée; et si elle l'est, elle amènera promptement des accidents. Boyer rapporte un cas de mort pour une hémorrhagie de l'artère pédieuse, non arrêtée par la compression, et cependant la situation et les rapports de ce vaisseau se prêtent à une application facile de la méthode. Donc, si dans ces circonstances, la compression ne réussit point, cela doit tenir à la modification profonde des tissus. Dans le second cas, rien de semblable n'existe, alors la compression est efficace. Il faut donc conclure que, en général, cliniquement parlant, la compression n'est pas bonne pour arrêter les hémorrhagies.

M. PRESTAT présente le délivre d'une grossesse gémellaire. Dans cette grossesse, l'un des fœtus est mort vers le troisième mois de la conception; l'autre a continué à vivre jusqu'au terme, et est né vivant. Il dit que ces cas ne sont pas rares. Étant interne des hôpitaux, il en a vu un exemple à la Société anatomique, et il se rappelle que M. Danyau a observé un cas semblable. La grossesse dans le fait qu'il présente a offert quelques accidents vers le quatrième mois.

Ainsi la femme a éprouvé des coliques et a été souffrante à cette époque, mais bientôt tout est rentré dans l'ordre.

M. CLOQUET se rappelle qu'il y a trente ans environ, il a vu à Francfort, dans le cabinet d'anatomie de Sœmmering, une matrice contenant quatre enfants. Trois de ces fœtus étaient morts pendant la grossesse et étaient comprimés, tandis que le quatrième avait acquis un développement régulier jusqu'au terme de la grossesse.

M. DEPAUL. Les cas cités par M. Prestat ne sont pas très-fréquents. Ils offrent de l'intérêt, parce que l'on se demande si un fœtus étant mort, l'autre continuera à vivre à côté de lui et pourra arriver à terme. Il ne veut point parler de ces cas au point de la superfétation; ils ne sauraient la démontrer. Il demande à M. Prestat s'il a étudié les deux poches; il voudrait savoir comment elles sont organisées, si la cloison qui sépare les deux fœtus offre deux ou quatre membranes. Il cite ensuite des exemples de grossesse gémellaire dans lesquels l'un des fœtus est expulsé avant terme, tandis que l'autre reste dans l'utérus et poursuit les phases d'un développement régulier. Ces cas ne sont possibles qu'à la condition d'une indépendance complète entre les deux œufs et entre les placentas. Ces faits lui paraissent mériter le plus grand intérêt.

M. DANYAU n'a observé que trois faits semblables; il a trouvé la cloison composée de quatre feuillets. Dans le cas où le placenta est commun aux deux fœtus, il a vu qu'une communication vasculaire existait entre les deux produits de la conception, et il pense qu'alors la mort de l'un des fœtus peut avoir une grande influence sur l'autre.

M. LABORIE a vu un seul cas. Le fœtus mort avait quatre à cinq mois; il présentait un peu d'odeur.

M. CAZEAUX affirme que ces faits sont fréquents.

M. DEPAUL désire connaître l'état du placenta dans le point qui correspond au fœtus mort.

M. PRESTAT répond qu'il est atrophié, peu vasculaire.

M. DANYAU donne son opinion sur l'âge auquel l'un des fœtus succombe. Si M. Laborie a vu que la mort a eu lieu de quatre à cinq mois, il pense que c'est une exception et qu'elle n'arrive que plus tard, vers le sixième mois de la grossesse.

M. BERAUD rapporte un fait analogue à celui de M. Prestat, qu'il a observé en 1856, et qu'il a publié dans les *Comptes rendus* de la Société de biologie de la même année. Voici le fait en quelques mots :

Une femme de vingt-cinq ans, primipare, est en travail pour une grossesse de sept mois. Le toucher vaginal fait reconnaître une pré-

sentation du sommet en position occipito-iliaque gauche ; les membranes sont percées. Le liquide amniotique est un peu coloré en rouge et odorant. L'auscultation fait entendre le maximum d'intensité des bruits du cœur au-dessus de la symphyse ; la tête est déjà engagée dans le vagin. Par le palper abdominal, on sent vers le fond du globe utérin une sorte de tumeur arrondie surajoutée. Les douleurs sont régulières et l'accouchement a lieu un quart d'heure après.

L'enfant est chétif, peu développé ; il n'est pas à terme ; il respire, il crie, et il n'a que le développement d'un enfant de sept mois. Environ dix minutes après la délivrance est opérée ; elle se fait avec quelques douleurs ; le placenta étant volumineux, ne sort que difficilement à travers la vulve. En examinant le délivre, je trouve un fœtus mort contenu dans une poche. Ce fœtus est aplati dans le sens transversal ; il a une couleur blanchâtre, comme s'il avait macéré dans l'alcool. Sa longueur est de 25 centimètres. Le cordon est mince, enroulé ; son insertion se fait sur le bord d'un placenta qui est dégénéré, jaunâtre, dur, peu volumineux, adhérent par la moitié de sa circonférence avec le placenta sain. La poche est formée par l'amnios ; elle contient quatre cuillerées environ de liquide limpide et un dépôt de matière pulpeuse existe à la surface de l'amnios. Le placenta sain n'offre rien de particulier ; il est volumineux, et la poche qui lui correspond est bien distincte de la poche contenant le fœtus mort.

Les suites de couches furent d'abord naturelles ; mais quelques jours après, la femme éprouva des accidents de nature typhique : elle fut transportée à l'hôpital de la Pitié, où elle mourut.

Rapprochant ce fait de celui qui est présenté à la Société, il voudrait savoir si dans le cas de M. Prestat le liquide amniotique n'était pas coloré et odorant, et si les suites de couches avaient été naturelles ; si, en d'autres termes, la femme qui fait le sujet de cette observation n'a pas éprouvé des accidents analogues.

M. PRESTAT répond qu'en effet la femme a eu une péritonite dont elle a fini par guérir. Quant à la coloration et à l'odeur du liquide amniotique, il ne peut fournir de renseignements précis, n'en ayant point reçu de la part de la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement. Mais il croit que dans le fait relaté par M. Béraud, la couleur et l'odeur du liquide amniotique pouvaient s'expliquer par la présence du méconium, qui dans quelques cas donne à la peau une coloration verdâtre prononcée.

M. DEPAUL pense que la coloration de l'eau de l'amnios n'est pas en rapport avec la grossesse gémellaire présentant un fœtus mort ;

il croit, comme M. Prestat, que le méconium seul peut amener cette odeur et cette coloration dont M. Béraud a parlé, et qu'il ne peut accepter l'explication donnée par lui, en supposant que la poche du fœtus mort peut communiquer ses propriétés à la poche du fœtus vivant.

M. BÉRAUD répond à M. Depaul qu'il n'a nullement voulu donner une explication de la coloration et de l'odeur du liquide amniotique dans le cas qu'il a observé ; que c'est précisément parce qu'il n'avait pas d'explication, qu'il cherchait à en provoquer une de la part de M. Prestat. Il a voulu seulement constater et faire constater un fait qui, s'il se présentait souvent, mériterait bien qu'on cherche à l'expliquer.

LECTURE.

M. PRESTAT fait la lecture d'un mémoire intitulé *Observations de plaie de la moelle épinière.*

Il s'agit d'un blessé chez lequel une plaie du rachis produisit immédiatement la paraplégie. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien montrait évidemment que la cavité rachidienne était ouverte, et la paralysie du mouvement des membres inférieurs, survenue *au moment même* de l'accident, indiquait l'existence d'une plaie de la moelle. Cette paralysie a été combattue avec succès par l'électricité, et M. Prestat est conduit par conséquent à admettre que la plaie de la moelle s'est cicatrisée.

M. MOREL-LAVALLÉE reconnaît toute la valeur de l'excellent mémoire de M. Prestat, et demande ensuite quelques renseignements. Il désire savoir d'une manière précise à quelle époque M. Prestat a employé l'électricité, et il se pose la question de savoir si le résultat heureux obtenu par M. Prestat n'est pas plutôt l'effet du temps que celui de l'électricité. Relativement à la paralysie du rectum dont M. Prestat a parlé comme symptôme observé chez son malade, il ne saurait l'admettre sans plus ample information. Il a vu très-souvent le traumatisme et le séjour au lit amener une constipation qu'il regarde comme un bénéfice de nature, et il n'a jamais pensé qu'il y eût là une véritable paralysie du rectum.

M. PRESTAT a électrisé au bout d'un mois. D'abord il a porté l'électricité loin du mal, et en très-petite quantité, pendant peu de temps. Vers la fin du traitement, il s'est rapproché de la moelle épinière en procédant avec prudence. En suivant cette conduite, il a voulu gagner du temps. Pour lui, il était inutile d'attendre deux ou

trois mois et même plus pour ramener le mouvement. Il avait peur de l'atrophie musculaire, et il a cherché à la prévenir. Eu égard à la paralysie du rectum, il reconnaît avec M. Morel-Lavallée qu'il y a eu plutôt constipation que paralysie réelle du rectum ; mais il persiste à reconnaître qu'il y avait paralysie de la vessie.

M. DEBOUT. Il est démontré aujourd'hui que dans la paralysie consécutive à la lésion de la moelle épinière, le muscle ne répond pas à l'excitation électrique tant que la moelle n'est pas cicatrisée. Or, dans l'observation de M. Prestat, l'électricité ayant provoqué la contractilité musculaire, il pense que la lésion de la moelle a dû être peu considérable, ou bien que la cicatrisation s'est opérée avec grande promptitude.

M. PRESTAT répond que dans les premiers jours l'excitation du muscle a été peu prononcée, que le muscle s'est peu contracté et n'a répondu que lentement à l'agent électrique.

M. CHASSAIGNAC reconnaît au fait de M. Prestat un grand intérêt, mais c'est précisément pour cela qu'il aurait voulu une observation plus rigoureuse. Il aurait désiré que l'électricité eût été employée d'abord comme moyen de diagnostic vers le huitième ou le dixième jour. On se serait ainsi assuré si la contractilité électrique existait réellement. Quand on n'a point vu la moelle, on doit avoir des doutes sur la nature de la lésion. Il peut y avoir, en effet, plusieurs causes capables de produire les phénomènes observés chez le malade de M. Prestat. Parmi ces causes, on peut citer la compression par du sang épanché, par des esquilles osseuses ou par des corps étrangers, etc.

Quant à l'écoulement du liquide dans les plaies du rachis, on ne saurait l'assimiler avec celui qui a lieu par l'oreille dans les fractures du rocher. Dans le premier cas, les enveloppes de la moelle sont ouvertes, le liquide rachidien s'écoule ; il n'y a là rien d'extraordinaire, cela peut se produire facilement. Mais dans le second cas, les conditions sont différentes ; il faut que l'aqueduc de Fallope soit fracturé, que la dure-mère soit déchirée, que l'arachnoïde soit ouverte au même niveau. Or toutes ces conditions sont difficiles à réaliser : aussi est-il plus probable que dans ce dernier cas le liquide qui s'écoule n'est pas le liquide céphalo-rachidien. Du reste, il ne prétend pas faire une critique du travail de M. Prestat, qui lui paraît être au contraire parfaitement bon.

M. PRESTAT répond qu'il lui est bien démontré que les accidents

observés chez son malade ne peuvent pas être rapportés à un épanchement sanguin.

M. MOREL-LAVALLÉE appuie la manière de voir de M. Prestat. Un épanchement sanguin ne peut, en effet, se produire qu'avec une certaine lenteur, et la compression qui en résulte ne se manifeste que quelque temps après l'accident. Les accidents étant arrivés ici d'une manière subite, on ne peut penser à l'existence d'un épanchement.

M. CHASSAIGNAC objecte que le malade de M. Prestat n'a pas été observé immédiatement après la blessure, et dès lors il se croit autorisé à ne pas admettre le fait comme très-démonstratif.

Le travail de M. Prestat est renvoyé au comité de publication.

— M. LE PRESIDENT consulte la Société sur l'opportunité de la lecture des travaux de M. Letenneur (de Nantes).

Vu l'heure avancée, la Société décide que cette lecture sera renvoyée à une prochaine séance.

Le secrétaire, BÉRAUD.

Séance du 12 décembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Tharsyle Valette, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Perpignan, membre correspondant de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Berchon, chirurgien de 1re classe de la marine, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, adresse à la Société un mémoire manuscrit intitulé : *De l'emploi méthodique des anesthésiques, et principalement du chloroforme, à l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de santé de la marine.* (Commissaires, MM. Robert, Richet, Gosselin).

— M. Laborie dépose sur le bureau un exemplaire de son mémoire intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin.* Paris, 1860, in-8o.

— M. Cavasse fait don à la Société d'un exemplaire de son *Annuaire général des sciences médicales pour* 1859. Paris, 1860, in-12.

— M. Larrey fait don à la bibliothèquo do la Société des ouvrages suivants :

1° Fabrice d'Aquapendente, *Œuvres chirurgicales ;*

2° Platner, *Institutiones chirurgiæ ;*

3° Samuel Cooper's *Surgical dictionnary;*

4° Verduc, *Traité des bandages pour les fractures et les luxations;*

5° J. Warren, *Surgical observations on tumours ;*

6° W. Lawrence, *Treatise on hernia.*

— Le conseil de la Société pathologique de Londres fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Giraldès, le volume XI des *Transactions of the pathological Society of London.* Londres, 1860, in-8°.

— M. Debout, à propos de la correspondance, communique le fait suivant :

Cas de spina-bifida occupant la région dorso-lombaire, traité avec succès par l'excision de la tumeur , adressé à la Société de chirurgie par M. Gigon (d'Angoulême). — Il y a une année environ M. Huguier présentait à la Société un jeune enfant affecté de spina siégeant à la région sacrée et demandait l'avis de nos collègues :

1° Sur l'opportunité de l'intervention de l'art dans ce cas ;

2° Dans le cas d'affirmative, quelle serait celle des méthodes curatives à laquelle il devrait donner la préférence ?

Les incertitudes émises par quelques-uns des membres quant à la valeur des diverses méthodes qu'on a appliquées jusqu'ici au traitement de cette affection, ont engagé un médecin de la province, M. le docteur Gigon, à adresser à la Société, par le canal do M. Huguier, le cas d'un garçon de quatorze ans, entré à l'hôpital d'Angoulême pour un spina-bifida de la région dorso-lombaire qu'on avait opéré avec succès par l'excision de la tumeur.

Les spina paraissant d'autant moins dangereux qu'ils occupent un point plus inférieur du rachis, M. Gigon n'hésitait pas à conseiller à M. Huguier d'employer le même traitement chez son petit malade. Notre collègue n'ayant pas revu cet enfant, n'a pas cru devoir vous donner connaissance du fait de M. Gigon.

La proscription que, dans mon récent rapport, je n'ai pas hésité à faire de tous les procédés d'excision, des tentatives de traitement du spina-bifida, ont rappelé à la mémoire de M. Huguier la communication du médecin d'Angoulême, et notre collègue m'a remis la note de M. Gigon. Le nouveau succès obtenu à l'aide de l'excision ne saurait

modifier mon opinion quant aux dangers de ce mode de traitement, même lorsque la tumeur occupe la région sacrée. Ce n'est pas seulement la présence des éléments nerveux dans la tumeur qui constitue la gravité de l'opération, mais surtout l'ouverture de la cavité rachidienne, dont la poche n'est qu'un diverticulum.

Du reste, le récit que vous adresse le médecin de l'hôpital d'Angoulême vous permettra de trancher la question. Les faits, alors même qu'ils n'ont pas la valeur que leur attribue leur auteur, ne perdent pas toujours pour cela leur importance. Dans l'espèce, les cas de succès prouvent que la somme de traumatisme que les membranes rachidiennes peuvent tolérer est quelquefois plus considérable qu'on le pense. Cette constatation vient à l'appui de l'opportunité de l'essai des méthodes curatives dont les moyens d'action sont plus inoffensifs.

Ces remarques faites, nous vous donnons communication de la lettre de M. Gigon.

La discussion de la Société de chirurgie sur le spina-bifida m'a rappelé un fait assez curieux du même genre, qui s'est passé sous mes yeux à l'hôpital d'Angoulême, il y a deux ans.

J'avais vu, il y a déjà longtemps, dix ans environ, un enfant de trois ou quatre ans, fils d'un métayer de M. le professeur Bouillaud, dans la commune de Roullet. Cet enfant était atteint d'un spina-bifida de la colonne vertébrale, vers la dernière vertèbre dorsale; il existait dans ce point une tumeur un peu piriforme, grosse comme la moitié du poing, à large pédicule; par le toucher on constatait parfaitement une ouverture qui communiquait avec le canal rachidien; la compression de la tumeur faisait refluer un peu de liquide, car celle-ci diminuait et le malade accusait de la douleur le long du trajet du rachis. L'enfant marchait, mais avec peine; il était atteint d'un double pied-bot, externe ou valgus, et les articulations des deux pieds me parurent mal solides; quand le malade marchait, ses pieds vacillaient dans l'articulation. La santé générale était bonne, l'intelligence intacte, autant qu'on en pouvait juger chez un enfant de cet âge.

Cet enfant doit certainement avoir été vu par M. Bouillaud, car il se promenait souvent dans la cour, devant la maison d'habitation du domaine. Ses parents me consultèrent pour savoir s'il fallait faire quelque chose pour le débarrasser de sa tumeur.

J'avais toujours entendu dire par les maîtres de mon temps, et cela est conseillé dans tous les livres, qu'il vaut mieux laisser subsister

ces tumeurs que de les opérer par un moyen quelconque, et surtout de s'abstenir des injections irritantes, qui, quelque précaution que l'on prenne, sont bien souvent suivies d'une méningite rachidienne, mortelle; j'engageai donc les parents de l'enfant à temporiser.

J'avais depuis perdu ce malade de vue, lorsqu'il y a deux ans je fus demandé en consultation avec mes collègues de l'hôpital pour voir ce même enfant. Il était alors âgé de quatorze ans; il avait beaucoup grandi et paraissait intelligent; ses pieds étaient dans le même état, mais il n'avait pas de paralysie; la tumeur du dos avait beaucoup grossi, elle n'était pas moins volumineuse que le poing d'un adulte; elle était lisse et tenait au rachis par une base étroite, de telle sorte qu'on pouvait l'isoler du rachis en pinçant la base de cette tumeur; elle était fluctuante, translucide comme une hydrocèle; il ne pouvait donc pas exister de doute sur l'existence d'un liquide transparent dans sa cavité.

Cet enfant était entré depuis quelques jours seulement à l'hôpital d'Angoulême. On délibéra sur les moyens à employer pour le débarrasser de cette grave maladie. L'injection fut écartée à l'unanimité, la tumeur était trop volumineuse, communiquait trop ouvertement avec le canal rachidien.

Une longue discussion s'engagea alors pour savoir si l'on ne pourrait pas extirper cette tumeur, et on finit par s'arrêter à ce moyen, qui fut exécuté quelques jours après. Je proposai d'isoler la tumeur de l'ouverture du rachis, à l'aide d'une suture entrecoupée alterne placée sur la base pincée de la tumeur, d'après un procédé qui m'est particulier; ce moyen ne fut pas adopté.

L'opération fut pratiquée par M. Eyriaud, chirurgien en chef de l'hôpital. L'enfant, couché sur le ventre dans son lit, fut anesthésié par l'éther. On employa, pour la section du pédicule, l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, je ne sais trop pourquoi; c'était peut-être par crainte de l'hémorrhagie, et afin de pouvoir faire une réunion immédiate plus exacte sans aucun fil dans la plaie.

Quoi qu'il en soit, la tumeur fut coupée ras et laissa une plaie ovalaire dont le plus grand diamètre, de 4 ou 5 centimètres, était dans le sens du rachis, c'est-à-dire de haut en bas; au centre on remarquait une ouverture d'où s'écoulait un liquide transparent; c'était manifestement l'ouverture du canal rachidien; cette ouverture ne pouvait être couverte par la pulpe du doigt indicateur et devait avoir environ 2 centimètres carrés; les bords de l'ouverture étaient osseux, rugueux, sans qu'il y existât d'épine saillante; cette ouverture était placée dans

l'écartement des lames vertébrales : l'épine n'existait pour ainsi dire pas ; au fond on voyait la moelle épinière enveloppée de l'arachnoïde ; tout ceci fut promptement constaté, et dans un temps beaucoup moins long que je ne mets à l'écrire.

Aussitôt les deux bords de la plaie furent affrontés très-exactement, ce que permettait du reste parfaitement la laxité de la peau ; trois aiguilles furent passées et maintenues à l'aide de fils, par la suture entortillée.

J'avoue que j'étais singulièrement inquiet du résultat, et que l'air qui avait pénétré dans le canal rachidien me faisait redouter une méningite mortelle ; il n'en fut rien. Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. Les aiguilles furent retirées successivement quelques jours après ; on soutint la cicatrice avec des bandelettes de sparadrap, et quoique la cicatrisation complète ait été un peu longue à s'opérer, tout s'est bien terminé ; on a gardé l'enfant à l'hôpital pendant assez longtemps pour bien s'assurer de la guérison, qui a été complète. Depuis deux ans je n'ai pas appris qu'il soit survenu rien de nouveau.

La tumeur était pleine d'un liquide clair et transparent ; elle était constituée par la peau, un tissu cellulaire mince et lamelleux, et enfin, à l'intérieur, par une membrane fibreuse, que j'ai cru être la dure-mère rachidienne.

Il me semble qu'il serait très-possible de pratiquer la même opération à votre malade ; les spina-bifida du sacrum me paraissent moins dangereux que ceux du rachis, la moelle y étant en contact beaucoup moins immédiat avec l'air, après l'ouverture du canal.

J'ai pensé que cette observation pourrait avoir quelque intérêt pour vous et la Société de chirurgie, et je me suis empressé de vous la transmettre.

M. CAZEAUX considère comme mauvais le procédé opératoire employé dans le fait communiqué par M. Gigon : il eût été préférable de placer une ligature sur le pédicule de la tumeur, avant de faire l'excision.

M. VERNEUIL lit un rapport sur une observation intitulée *Absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions ; double opération ; guérison ;* par M. le docteur Patry, de Sainte-Maure.

M. MARJOLIN présente, au nom de son collègue M. Barthez, une tumeur très-volumineuse, de nature cancéreuse, développée dans

l'ovaire droit chez une enfant de onze ans. Observation recueillie par M. Pouquet, interne du service.

C... (Eugénie), habituellement pâle, d'une chétive constitution, n'avait jamais été sérieusement malade; elle se livrait fréquemment à la masturbation, et c'est en vain que ses parents avaient lutté pour lui faire perdre cette funeste habitude.

A l'âge de neuf ans, pour la première fois, elle perdit du sang par la vulve. Le fait ayant paru étrange, on consulta un médecin, qui constata dans la fosse iliaque droite l'existence d'une petite tumeur. Aucun traitement sérieux ne fut suivi, et l'enfant continua ses occupations sans les interrompre pendant plus de dix-huit mois, ne se plaignant jamais du ventre, n'éprouvant même aucun malaise.

Trois fois dans ce laps de temps, à des intervalles irréguliers, les règles, ou, pour ne rien préjuger, les pertes sanguines se reproduisirent, ordinairement peu abondantes.

Vers le milieu du mois d'août de cette année, *après une chute, dit-on,* la tumeur, sans cesser d'être indolente, fit des progrès extrêmement rapides. M. le docteur Goupil, médecin des hôpitaux, qui a vu la malade au mois de septembre, peu de temps par conséquent après l'accident présumé, et qui aujourd'hui assiste à l'autopsie, déclare ne pas trouver le ventre sensiblement plus volumineux qu'à l'époque de son premier examen, opinion d'ailleurs confirmée par le témoignage des parents. Il est donc probable, pour ne pas dire plus, que c'est dans l'espace de peu de temps qu'une petite tumeur de la fosse iliaque droite, stationnaire pendant dix-huit mois, a acquis les énormes proportions que nous ferons connaître tout à l'heure.

Vers la même époque, une nouvelle et dernière hémorrhagie utérine paraissait, pour durer quinze jours environ. La santé générale subissait aussi une atteinte profonde, les forces diminuant de jour en jour, et la maigreur déjà très-prononcée faisant des progrès effrayants, malgré la conservation de l'appétit. Les selles sont restées presque toujours normales, quelques rares vomissements ont eu lieu. Rien de particulier n'a été noté ni dans les fonctions urinaires ni dans les fonctions respiratoires.

Le 8 novembre 1860, C... entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, salle Sainte-Mathilde, nº 26.

La taille de cette enfant est de 147 centimètres, et bien qu'elle n'ait pas plus de onze ans, elle en paraît avoir au moins seize à dix-huit. Des doutes ayant été conçus, malgré l'affirmation des parents, l'acte de naissance fut vérifié. Un teint très-pâle, un regard languissant,

des yeux profondément enfoncés dans leur orbite, une émaciation extrême, sont les premiers phénomènes qui frappent l'observateur quand on aborde la malade. Les membres semblent réduits à leur squelette, tandis que le ventre, déformé, arrondi et bosselé, fait une saillie considérable. Du pubis à l'appendice xyphoïde, à sa surface, et sous la peau amincie et distendue, se dessinent plusieurs grosses veines, qui, naissant au-dessous de l'ombilic, s'élèvent en serpentant jusqu'à la partie supérieure de la poitrine, et semblent se rendre de chaque côté dans la sous-clavière par un tronc unique, qui a, peu s'en faut, le volume du petit doigt. Cette circulation supplémentaire, si remarquable, fait comprendre l'absence complète d'œdème aux membres inférieurs.

Enfin, une des particularités les plus saillantes dans l'habitus de la malade est le développement du pubis, couvert de poils nombreux, tandis que les mamelles, entièrement atrophiées, sont réduites à un petit mamelon.

L'énorme tumeur qui occupe la plus grande partie de la région abdominale, s'étendant du pubis aux hypochondres, est visiblement plus développée du côté droit; elle est d'une forme irrégulièrement ovoïde, bosselée; de consistance très-diverse au toucher, elle offre une fluctuation non douteuse à la partie supérieure, au-dessous et à gauche de l'appendice xyphoïde. En ce point existe une couche de liquide peu épaisse, qui est déplacée facilement par une légère pression de la main, et au-dessous de laquelle on sent un corps solide. La percussion donne une matité absolue dans presque toute l'étendue de la région; la matité est seulement relative du côté gauche. A l'épigastre, le son est tympanique. L'intestin est donc refoulé à gauche, et surtout en haut, par la tumeur, dont les dimensions sont les suivantes :

Hauteur.	0,48 à 0,50

Circonférence.

Au-dessous de l'épine iliaque.	0,80
Au niveau de l'ombilic.	0,90
— de l'appendice xyphoïde. . .	0,82

Le foie occupe sa place dans l'hypochondre; on sent son bord inférieur au-dessous des cartilages costaux; il est un peu refoulé du côté de la poitrine. Il est de toute évidence que cet organe est indépendant de la tumeur.

Le toucher vaginal, qu'on pratique sans difficulté, donne les résultats suivants :

L'utérus, d'un volume en rapport avec le développement du pubis, est à droite en contact avec une masse énorme, d'une consistance élastique, qui le repousse un peu du côté opposé, et qui paraît être continue à la tumeur abdominale ; à gauche, l'utérus est parfaitement libre. Le col est très-peu développé.

La malade se nourrit encore assez bien ; elle a un peu de diarrhée en ce moment.

La respiration est très-pure, le pouls petit et fréquent.

Quel était le siége, quelle était la nature de cette tumeur ? Est-ce un kyste multiloculaire de l'ovaire ? une masse cancéreuse développée dans le rein ou dans l'ovaire ? une grossesse extra-utérine ? Telles étaient les trois suppositions qui se présentaient.

La consistance, le volume de la tumeur, l'âge de la malade, étaient en faveur du cancer, malgré l'absence du teint jaune spécial, que M. Barthez n'a d'ailleurs jamais rencontré chez les jeunes cancéreux. Il y a deux ans à peine qu'une tumeur aussi considérable, de nature cancéreuse, ayant son siége dans le rein, a été observée par M. Barthez chez un petit garçon de son service. Mais ici quelle raison de mettre le rein en cause, tandis que les antécédents obligeaient pour ainsi dire à faire de l'ovaire droit le siége de la tumeur ? Fallait-il donc admettre un cancer de l'ovaire ? Mais cette affection n'a peut-être jamais été observée. En définitive, on s'arrêta à la pensée d'un kyste ovarique multiloculaire contenant des liquides de consistance très-différente et formé par des parois d'une grande épaisseur en certains points.

Pendant les trois semaines que la malade a passées à l'hôpital Sainte-Eugénie, il y a eu peu de changement dans son état ; la diarrhée a cessé au bout de quelques jours, mais les forces ont été déclinant ; il est survenu un érysipèle de la face qui s'est étendu au cuir chevelu, et qui a déterminé la mort en cinq jours, le 27 novembre 1860.

L'autopsie a été faite trente heures environ après le décès, en présence de MM. Barthez, Marjolin et Goupil.

La tumeur a été enlevée en masse de la cavité abdominale, après avoir été séparée de la paroi antérieure, qui lui était adhérente dans la plus grande partie de son étendue. En haut et à gauche, là où les adhérences n'existaient pas, il y avait un peu de liquide épanché.

La tumeur, ainsi isolée et débarrassée par la dissection des anses intestinales qui l'encadraient et semblaient faire partie de sa masse

par suite de nombreuses adhérences, offrait dans la partie droite et inférieure une grande analogie d'aspect avec les circonvolutions du cerveau : son poids était de 8,500 grammes.

On voyait nettement à sa surface un grand nombre de poches distinctes, de volume très-variable, et séparées les unes des autres par un tissu cellulo-fibreux facile à déchirer avec le doigt. Plusieurs poches ont été ouvertes; les unes contenaient un liquide clair et transparent comme de l'eau de roche, les autres, et les plus nombreuses, une sérosité jaunâtre ; enfin, dans quelques-unes la sérosité était légèrement colorée en rouge.

A la partie postérieure, les kystes étaient plus volumineux, moins nombreux et moins serrés les uns contre les autres ; dans leur intervalle, on trouvait une grande abondance de tissu jaunâtre, filamenteux, sans résistance, et ressemblant à des fausses membranes imbibées de sérosité.

En bas et à droite, dans la partie de la tumeur adhérente à la fosse iliaque, les parois des kystes avaient une épaisseur considérable, et étaient formées d'une substance pulpeuse, comme lardacée, peu vasculaire, donnant à la pression du couteau un suc lactescent, en un mot, offrant l'aspect du tissu cancéreux (encéphaloïde). Après une large incision pratiquée dans toute l'épaisseur de la masse, les caractères du cancer sont devenus évidents, le tissu que nous avons décrit plus haut étant plus vasculaire et plus abondant à la partie centrale et inférieure, et formant une masse dans laquelle on voyait des poches sanguines, des kystes séreux et des traces nombreuses de ce tissu jaunâtre, filamenteux, de nature douteuse.

Le point important était de savoir le siége de la tumeur. Or, tandis que les annexes de l'utérus étaient faciles à reconnaître à gauche (ligament rond, trompe utérine, ovaire) et n'offraient aucune altération, on voyait à droite, et faisant suite au ligament de l'ovaire, une bande fibreuse dont les éléments dissociés allaient s'épanouir à la surface de la tumeur et plongeaient dans son épaisseur en plusieurs points. Quant à l'ovaire même, il a été impossible d'en trouver les plus petits vestiges.

Une partie de la tumeur a été soumise à l'examen microscopique par M. Robin, qui a eu l'obligeance d'adresser à M. Barthez la note suivante, que je transcris fidèlement et sans aucun commentaire :

« La pièce est formée de tissu cellulaire avec quelques corps fusiformes, constituant une trame lâche remplie de matière amorphe, transparente.

» Les parties jaunes doivent leur coloration à un dépôt de fines granulations graisseuses, très-abondantes. Pas de trace d'épanchement sanguin. »

On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1854, page 36) une observation de M. Goupil qui offre avec celle-ci une grande analogie ; malheureusement le siége précis de la tumeur n'est pas indiqué.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Legouest.

Séance du 19 décembre 1860.

Présidence de M. Marjolin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Guerlain, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *De la prostatorrhée dans ses rapports avec la prostatite*. Paris, 1860, in-4°.

— M. Debout dépose sur le bureau un exemplaire de son *Mémoire sur les hernies ombilicales congéniales*. Bruxelles, 1860, in-4°.

M. Debout fait en outre don à la Société de la collection du journal *the Lancet* pour 1856 ; 2 vol. grand in-8°.

La Société a reçu en outre :

1° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique;* 1860, n° 8.

2° *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat*, par M. le docteur Ch. Laronde. Gannat, 1860, in-8°.

3° *Bulletin de la Société de médecine de Besançon* pour 1859.

4° P. Sellheim. *Uber resection des Oberkiefers amgeführt von J. F. Heyfelder* (*Sur les résections du maxillaire pratiquées par M. J. F. Heyfelder*); thèse inaugurale. Dorpat, 1860, in-8°.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part du conseil de la Société royale médico-chirurgicale de Londres, le 43e vol. des *Medico-chirurgical transactions*. London, 1860, in-8°.

— M. Larrey fait hommage à la Société, de la part de MM. Sédillot et Gaujot, d'un ouvrage intitulé *De l'uréthrotomie interne*, observations recueillies à la clinique de M. le professeur Sédillot par M. le docteur Gaujot, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

— M. Houël offre en hommage à la Société la partie des observations recueillies dans le service de Dupuytren et qui lui ont été remises par M. Pigné. Recueillies par quelques-uns de nos maîtres et de nos collègues, ces observations sont précieuses en ce sens qu'elles pourraient jeter quelque jour sur la pratique de Dupuytren, qui n'a pas été exposée tout entière dans les leçons orales recueillies sous ses yeux.

La Société nomme une commission composée de MM. Houël, Legouest, Giraldès, Verneuil et Broca, pour examiner les cahiers d'observations offerts par M. Houël.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la présence de M. Diday (de Lyon), membre correspondant de la Société.

— M. COULON, interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, lit l'observation suivante :

Rupture du poumon causée par le passage d'une roue de voiture sur la poitrine. Epanchement sanguin dans la plèvre et pneumothorax à la suite de cette rupture. Fractures de côtes incomplètes (la face externe est seule fracturée). — Alfred B..., âgé de treize ans et demi, est apporté, le 3 décembre 1860, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marjolin.

Deux heures auparavant, il courait auprès d'un camion chargé de trois tonneaux de vin; étant tombé, la roue de la voiture lui passa sur la partie antérieure de la poitrine.

A la suite de cet accident, il n'y eut pas de perte de connaissance, pas de vomissements ni de crachement de sang.

Ce qui nous frappe le plus lors de l'entrée du malade à l'hôpital, c'est la gêne de la respiration. Couché sur le côté droit, cet enfant ne veut point se mettre sur son séant ni se coucher sur le dos ou du côté gauche, disant qu'il étouffe dès qu'il n'est plus couché sur le côté droit; la respiration est anxieuse, fréquente et s'entend à distance. Le visage est pâle; il existe un peu de tendance au refroidissement des extrémités; le pouls, d'une force ordinaire, donne 120 pulsations par minute.

Nous recherchons tout d'abord s'il existe des fractures de côtes, mais nous n'en trouvons aucun indice.

A la partie antérieure du thorax est une contusion; sur le dos de la main droite est une ecchymose, probablement due à la chute qu'a faite ce malade.

L'auscultation de la poitrine fait entendre un murmure vésiculaire parfait à gauche, mais à droite on entend une respiration amphorique avec tintement métallique dans toute l'étendue du poumon, et tout aussi bien en avant qu'en arrière.

Il nous est impossible de percuter le côté droit du thorax, attendu que l'oppression est extrême lorsque le malade n'est pas couché sur ce côté.

Pas d'emphysème sous-cutané.

Les bruits du cœur sont normaux.

Le malade ne souffre pas du ventre; il n'y a pas de contusion sur l'abdomen.

Le pneumothorax et les caractères négatifs que nous venons d'indiquer nous font diagnostiquer une déchirure du poumon sans autre lésion apparente.

Le pouls étant assez fort, nous pratiquons une saignée de 300 grammes pour prévenir une réaction inflammatoire trop intense et pour diminuer l'oppression. Pas d'amélioration bien marquée après cette émission sanguine. Sinapismes sur les membres inférieurs.

Pendant toute la nuit du 3 au 4 décembre, l'oppression est toujours très-grande; le malade est agité.

Le 4, même état que la veille; respiration anxieuse, fréquente; 60 respirations par minute. Pouls à 140, toujours d'une force ordinaire. Pas de rétention ni d'incontinence d'urine. Le malade demande à aller à la selle. Pas de sang dans les urines ni dans les garde-robes. Pas d'insensibilité de la peau; aucun signe de paralysie. A l'auscultation, mêmes signes que la veille.

M. Marjolin prescrit deux saignées, une le matin, une autre le soir, de 200 grammes chacune; sinapismes aux membres inférieurs; ventouses sèches au creux de l'épigastre.

Dans la nuit du 4 au 5, le malade repose, et le 5 au matin il paraît un peu mieux. Les traits de la face sont moins tirés. L'oppression cependant est toujours grande; 56 respirations par minute, et 140 pulsations. On n'entend plus de respiration amphorique à la partie antérieure du thorax (côté droit), mais seulement en arrière dans les deux tiers supérieurs Dans le tiers inférieur, on entend une respira-

tion soufflante ; lorsque le malade parle ou tousse, on perçoit encore du tintement métallique en arrière, à la partie supérieure du côté droit. — Un purgatif ; des ventouses sèches à l'épigastre et des sinapismes aux membres inférieurs.

Dans la journée du 5, l'oppression est de plus en plus grande ; le malade est agité, a du délire, et succombe à six heures de l'après-midi.

Autopsie, faite 60 *heures après la mort.* — Contusion avec ecchymose sur le dos de la main droite et sur le devant de la poitrine.

Nous disséquons couche par couche les parties molles qui recouvrent les côtes, et nous trouvons du sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire. A la face externe des troisième et quatrième côtes gauches et de la troisième côte droite, sont de petits épanchements sanguins ; il n'y a pas de déchirure du périoste. Toutefois, ces côtes présentent au niveau des caillots sanguins un peu de mobilité anormale. On peut les déprimer de manière à former une légère concavité à la face externe ; mais cette mobilité, je le répète, est extrêmement peu prononcée.

Nous ouvrons ensuite le thorax, et nous ne trouvons rien dans la plèvre gauche. Le poumon gauche est parfaitement sain.

Aussitôt que la cavité pleurale du côté droit est ouverte, il se produit un sifflement très-marqué tenant à l'issue du gaz. A la partie inférieure de cette cavité, est une notable quantité de sang, au moins 200 à 300 grammes. La plèvre costale et la plèvre pariétale sont recouvertes de fausses membranes ayant déjà une certaine épaisseur, mais très-molles, et à coup sûr récemment formées. En arrière, il existe un commencement d'adhérence des deux plèvres.

Sur le bord antérieur du lobe supérieur du poumon droit, tout près de la scissure, est une déchirure ayant au moins 1 centimètre de profondeur. Il existe une autre déchirure du poumon à l'union du lobe supérieur avec le moyen, ce qui rend la scissure qui sépare ces deux lobes plus profonde qu'elle ne devrait l'être. Déjà des fausses membranes nouvellement formées font adhérer ces deux lobes.

Des infiltrations sanguines existent également dans le médiastin antérieur, dans le tissu cellulaire qui sépare les gros vaisseaux de cette région ; mais on ne voit aucune déchirure de ces vaisseaux, déchirure qui n'eût pas permis au malade de vivre encore quarante-huit heures après l'accident.

Les troisième et quatrième côtes gauches et la troisième côte droite sont fracturées incomplétement, comme il est facile de le voir, après

les avoir séparées du périoste et des autres parties molles ; la *face externe est seule fracturée ;* la plèvre costale n'est nullement déchirée, ce qui explique pourquoi il ne s'est pas produit d'emphysème sous-cutané. La déchirure du poumon n'a donc pas été causée par les fragments de la côte droite, car ces fragments auraient traversé la plèvre costale avant de déchirer le poumon. Or, la plèvre costale n'est point lésée; la face interne de la côte n'est nullement fracturée, et cet os, ayant sa courbure normale, ne forme point d'angle saillant en dedans.

Du côté gauche, les troisième et quatrième côtes sont fracturées seulement à leur face externe, comme la troisième côte droite. Il n'y a pas de lésion du poumon ni de la plèvre gauches.

Réflexions. — Nous avions donc affaire, dans ce cas, à une rupture du poumon semblable aux ruptures du foie sans fractures de côtes. Mais tandis que les ruptures du foie se rencontrent assez souvent, les ruptures du poumon sont extrêmement rares.

Cette observation explique la rareté des fractures de côtes pendant l'enfance, en nous montrant que ces arcs osseux soumis à des pressions considérables ne se rompent pas complétement.

D'autres faits dans la science doivent être rapprochés de celui-ci, et rendent aussi parfaitement compte de la rareté de cette fracture dans le jeune âge; tel est celui de cet enfant de vingt-six mois, sur la poitrine duquel avait passé et repassé une roue de voiture chargée de cinq personnes, sans qu'il fût possible à Ambroise Paré, qui rapporte cette observation, de trouver aucun signe de fracture (1).

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DANYAU. Il n'est pas extrêmement rare, vous le savez, Messieurs, que les femmes enceintes aient des écoulements aqueux par la vulve dans les dernières semaines, et même dans les derniers mois de leur grossesse. C'est ce qu'on désignait autrefois sous le nom de *fausses eaux,* et qu'on décrit maintenant sous le nom d'*hydrorrhée* ou de *métrorrhée des femmes enceintes.* Toutes les anciennes hypothèses proposées pour expliquer ces écoulements ont été écartées, et depuis les travanx de Nægelé et de son école, on est généralement d'accord sur leur origine. On admet qu'ils proviennent de l'accumulation d'un liquide sécrété par l'utérus entre la face externe des membranes et la face utérine correspondante, liquide qui s'échappe

(1) Ambroise Paré, édit. Malgaigne, t. III, p. 489.

de temps en temps, goutte à goutte, ou par jets plus ou moins forts. On est à peu près unanime pour ne pas considérer le liquide qui s'écoule dans ce cas, comme le liquide amniotique lui-même. Nægelé (Geil, *De hydrorrheâ uteri gravidarum*, 1822, p. 6) dit positivement qu'on ne connaît pas un seul cas où l'on ait, après la délivrance, trouvé les membranes rompues dans un point éloigné de la grande ouverture qui avait donné passage au fœtus.

Un fait très-intéressant observé par M. Dubois, partisan des idées de Nægelé, ne laisse pas de doute sur la source de l'écoulement en dehors de la cavité amniotique. Une femme reçue à la Clinique avec des écoulements aqueux, incolores, reparaissant à intervalles rapprochés, continua de perdre ainsi jusqu'à la fin de sa grossesse. Son enfant était mort et putréfié, et le liquide amniotique, comme on le voit souvent en pareil cas, était de couleur rosée.

Est-ce à dire que les écoulements dont il s'agit ne proviennent jamais du liquide amniotique lui-même? Nægelé a bien pu faire dire, en 1822, à Geil ce que nous avons rapporté plus haut. Mais en 1832, Ingleby (*On uterine hemorrh.*, p. 29, note) a cité le cas d'une femme qui, à six mois de grossesse, offrant les symptômes d'un hydramnios, eut une rupture subite des membranes pendant la nuit, et à partir de cette époque perdit tous les deux ou trois jours un demi-litre à un litre de liquide amniotique. Après chacun de ces écoulements, les diverses parties du fœtus devenaient parfaitement distinctes et reconnaissables à travers les parois abdominales et utérines. L'enfant naquit à terme, et après la délivrance on constata que, outre l'ouverture au *centre* des membranes qui avait livré passage au fœtus, il y en avait une autre, circulaire, très-distincte, au bord même du placenta.

M. Dubois m'a rapporté avoir observé chez une de ses clientes un cas qu'il avait, jusqu'après la délivrance, considéré comme un cas d'hydrorrhée, et qu'il reconnut alors être un exemple rare d'écoulement très-prolongé de liquide amniotique avant l'accouchement. Outre la grande ouverture des membranes, il y avait à une grande distance une autre ouverture, petite, circulaire, à contours réguliers et comme cicatrisée; M. Dubois n'hésita pas à penser que c'était par cette ouverture qu'avaient eu lieu les écoulements d'ea chez sa cliente.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un nouvel exemple, le troisième connu, je crois, d'une petite ouverture des membranes formée très-loin de celle qui s'est opérée lors de l'accou-

chement, et ayant donné lieu pendant cinquante-six jours à un écoulement presque continuel de liquide aqueux.

La femme qui fait le sujet de cette observation est entrée à la Maternité le 29 novembre dernier. Primipare, enceinte de sept mois et demi, M... déclara qu'elle perdait de l'eau presque constamment, et surtout au moindre mouvement, depuis le 18 octobre. Après l'accouchement, qui eut lieu le 12 décembre, à huit mois, qui fut simple, court, et eut pour résultat la naissance d'un enfant bien portant, on constata ce qui suit : le placenta, dont la forme est en raquette, était inséré à peu de distance de l'orifice, ce que démontre la rupture très-près de son bord des membranes pour le passage du fœtus.

Dans un point *presque diamétralement* opposé à cette grande ouverture, il en existe une autre très-petite, de 5 à 6 millimètres de diamètre, circulaire, à contours très-réguliers et comme cicatrisée. C'est celle que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. C'est elle certainement qui a donné issue au liquide que la femme a rendu par la vulve pendant les 56 derniers jours de sa grossesse, et qui n'était que le liquide amniotique lui-même. J'ajoute que celui qui s'est écoulé au moment de la rupture des membranes lors de l'accouchement a paru être en quantité ordinaire; cette quantité a été évaluée approximativement à 400 grammes.

Voici donc, en résumé, trois cas qui démontrent, contrairement à l'opinion de Nægelé généralement adoptée, que tous les cas de métrorrhée des femmes grosses n'ont pas l'origine qui leur est assignée depuis les travaux du professeur d'Heidelberg.

M. DE BEAUFORT, sur l'invitation de M. Larrey, présente à la Société de chirurgie un bras artificiel qu'il a déjà soumis à l'examen de la Société, le 25 décembre 1859.

A cette époque l'appareil n'était pas encore muni de la main artificielle que M. de Beaufort a inventée pour compléter son système de prothèse du membre supérieur.

Cette main est mise en mouvement par une courroie dont la disposition est telle que l'ampliation du thorax dans l'inspiration suffit pour déterminer l'action des doigts, qui fonctionnent dans un ordre déterminé.

L'index peut être étendu isolément; les trois autres doigts s'étendent ensuite simultanément; le pouce enfin est porté dans l'abduction.

M. A. L..., pianiste, amputé de l'avant-bras par M. Larrey en

1856, se sert de cet appareil avec beaucoup de dextérité et d'intelligence.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Séance du 26 décembre 1860.

Présidence de M. MARJOLIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

RAPPORT.

M. GUERSANT lit un rapport sur les travaux adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), au nom d'une commission composée de MM. Guersant, Laborie et Verneuil.

Messieurs,

Chargé de vous faire un rapport sur les travaux de M. le docteur Beaupoil, je dois dire d'abord que notre confrère nous a adressé deux observations purement chirurgicales, et ensuite un travail composé de plusieurs observations de diphthérie, qui sont plutôt du domaine de la médecine.

Sa première observation chirurgicale est un fait de luxation du coude avec décollement des épiphyses inférieures de l'humérus.

Le sujet de cette observation est un garçon de huit ans, habituellement d'une bonne santé, qui, voulant franchir une haie, tomba sur le coude. M. Beaupoil constata chez le blessé les symptômes d'une luxation du coude avec décollement des épiphyses inférieures de l'humérus. Rien que de très-ordinaire dans cette luxation, les symptômes sont ceux qu'on rencontre le plus ordinairement : la réduction est facile ; le traitement par l'eau froide, joint à l'immobilité, amène la guérison ; seulement nous reprochons à notre confrère de ne pas indiquer dans son observation la position qu'il a donnée au bras de son malade pendant le temps du traitement, position si importante si le bras venait à s'ankyloser, comme cela arrive assez souvent à la suite de ce genre d'accident. Notre confrère s'étonne de trouver encore de la gêne dans les mouvements au bout d'un mois, il demande si cela est particulier aux cas dans lesquels il y a luxation et décolle-

ment épiphysaires : cela s'observe presque constamment dans toutes les lésions traumatiques du coude, et j'ai constaté chez des enfants qu'il fallait souvent plusieurs mois avant que les mouvements fussent parfaitement et régulièrement rétablis.

Une seconde observation chirurgicale envoyée très-récemment par M. le docteur Beaupoil est un cas de polype de l'urèthre chez la femme.

Le sujet de cette observation est une jeune femme mariée depuis quelques mois ; notre confrère, après une description exacte de cette petite tumeur, qu'il distingue parfaitement bien de la chute de la muqueuse du canal de l'urèthre, se décide à débarrasser sa malade par la ligature ; il se sert, pour passer le fil autour du pédicule, de deux longues aiguilles à passer de la laine ; il les garnit d'un fil de soie ciré et les introduit dans le canal, de manière à porter le fil en arrière du polype; il en fait la ligature et arrête l'écoulement de sang qui avait eu lieu pendant la manœuvre à la surface du polype ; il applique des compresses imbibées d'eau froide, et le lendemain la tumeur paraissait flétrie et tomba au moment où on voulait serrer de nouveau le fil. M. Beaupoil cite ce fait comme étant un véritable cas de polype de l'urèthre ; le moyen qu'il a employé pour en faire la ligature est simple et ingénieux.

Il nous reste maintenant, Messieurs, à vous rendre compte de la deuxième partie de la communication adressée à la Société par M. le docteur Beaupoil.

Il s'agit ici de la diphthérie, qui intéresse tout à la fois la médecine et la chirurgie. Exerçant la médecine dans le département d'Indre-et-Loire, là où la diphthérie n'a pas cessé de sévir depuis l'époque à laquelle notre savant maître M. Bretonneau réunissait les premiers faits destinés à son admirable ouvrage, M. Beaupoil s'est trouvé mainte et mainte fois à même d'observer le croup et l'angine couenneuse; mais placé dans des conditions toutes particulières, c'est surtout l'influence contagieuse, la durée de l'incubation de la diphthérie, que notre confrère a cherché à déterminer.

Dans un village, dans une habitation isolée, on peut suivre pas à pas les progrès d'une maladie contagieuse, alors que dans une grande ville, au contraire, les recherches de cette nature sont au moins d'une extrême difficulté.

Exposons rapidement les faits des huit observations, dont trois suivies de mort, que nous adresse M. Beaupoil.

La famille L... habitait en 1859 une maison isolée située sur le sommet d'un coteau dominant toute la vallée d'Ingrandes.

Le 19 juillet, la fille Clémence L..., âgée de onze ans et demeurant à Rigny, village où régnait une épidémie de diphthérie, est ramenée chez ses parents.

Depuis la veille elle ressentait les premières atteintes du croup; trois jours après, notre confrère, qui lui donnait des soins, contracte la diphthérie. A dater de ce jour jusqu'au 19 août, de tous ceux qui habitent cette maison, la mère échappe seule à la maladie.

Dans ces circonstances, Messieurs, la contagion est évidente; Clémence L... quitte un village où règne épidémiquement la diphthérie; elle arrive chez ses parents malade du croup, et quelques jours plus tard, à l'exception d'une seule personne, tous les membres de la famille et le médecin qui les soigne sont frappés de la maladie.

Pendant que ces faits se passaient au Pesné, où habitait la famille L..., aucun autre cas de croup ou d'angine couenneuse ne s'était déclaré et ne s'est déclaré dans les environs d'Ingrandes, sur la rive droite de la Loire.

Pour nous qui ne doutons pas du pouvoir contagieux de la diphthérie, ce sont des exemples de plus à ajouter à tous ceux que nous avons pu observer, et dont le souvenir cruel est toujours présent à nos esprits.

Nous avons maintenant à examiner une autre question.

Notre confrère reçoit sur le visage des détritus diphthériques, lancés par un violent effort de toux. Il en ressent l'impression dans les yeux et sur les lèvres; le lendemain une fausse membrane existait sur le pilier droit du voile du palais; y a-t-il eu là infection par contact direct? Nous avons peine à admettre cette supposition. M. le docteur Beaupoil eut soin d'essuyer immédiatement le visage et les lèvres à l'aide de son mouchoir; le contact des pseudo-membranes fut donc momentané, et enfin ce ne fut pas sur les lèvres, mais sur le pilier droit du voile du palais, que la diphthérie se manifesta. Si la diphthérie eût été le résultat de l'infection par contact direct, la maladie eût dû commencer par la bouche, par les lèvres, qui avaient été contaminées; les expériences faites par M. Trousseau, celles faites par le docteur Peter sur lui-même, prouvent au moins la difficulté qu'on éprouve à inoculer la diphthérie.

Notre confrère, en donnant des soins à une malade atteinte de croup, se trouvait dans des conditions qui expliquent suffisamment la transmission de la maladie, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à l'infection par contact direct.

Ajoutons enfin que le sujet de l'observation VIe, enfant de dix-sept mois, encore allaité par sa mère, fut atteint d'angine couen-

neuse avec croup, et succomba rapidement ; et cependant la mère, qui ne cessa de donner des soins à ses enfants, qui en outre, en donnant le sein à son dernier né, se trouvait exposée à la contagion par contact direct de la bouche du malade sur son sein, échappa seule à l'influence épidémique.

Un autre point que notre confrère a cherché à élucider est la durée de l'incubation; malheureusement on ne peut arriver à un calcul bien exact ; en effet, la maison habitée par la famille L..... ne se composant que de deux chambres contiguës, l'isolement de la malade atteinte la première fut complétement illusoire ; on ne peut donc savoir si c'est dès le premier contact que se gagna la maladie, ou si ce fut quelques jours plus tard; disons seulement qu'ayant commencé à donner ses soins le 19 juillet, M. le docteur Beaupoil fut atteint de diphthérie le 22 de ce mois, c'est-à-dire trois jours après, et qu'une sœur aînée, la dernière atteinte, le fut le 19 août, c'est-à-dire un mois après le début de l'épidémie; l'incubation aurait donc oscillé entre trois et trente jours.

Si nous consultons la thèse de M. le docteur Peter, ancien interne distingué de l'hôpital des Enfants, nous trouvons que d'après ses recherches l'incubation dans la diphthérie varierait entre deux et quinze jours ; elle serait le plus souvent de deux à huit jours : ces faits sont loin de concorder. Mais, nous le répétons, les communications entre les malades et ceux qui ne l'étaient pas encore ayant été continues, on ne peut savoir à quelle époque chaque personne a pu être infectée.

Un fait intéressant qui résulte des observations de M. le docteur Beaupoil, et qui a été signalé par MM. Blache, Roger et par nous-même, c'est la variété que présente la diphthérie dans une même épidémie ; c'est ainsi que chez des malades placés dans les mêmes conditions de contagion on observe, comme dans toutes les affections contagieuses, chez les uns une angine couenneuse grave avec plaques pseudo-membraneuses épaisses, chez d'autres, au contraire, dans la même épidémie, dans les mêmes circonstances, la diphthérie est des plus bénignes. Sur les huit observations de M. le docteur Beaupoil, deux des malades n'eurent qu'une angine couenneuse commune, tandis que chez les autres la diphthérie prit un caractère d'une excessive gravité. Dans l'observation IVe, une diphthérie maligne amena la mort en trois jours.

Notons enfin que, dans l'observation IIIe, les fausses membranes étaient d'un gris jaunâtre, d'aspect lardacé, résistantes, étendues.

Ainsi, des huit malades atteints, deux succombèrent l'un à une angine maligne, l'autre à un croup.

M. le docteur Beaupoil signale aussi les accidents paralytiques qui furent la conséquence de l'angine couenneuse : sur huit malades, deux furent atteints de paralysie généralisée, un troisième de paralysie du voile du palais.

Ce sont de nouveaux faits à ajouter à ceux déjà si nombreux consignés dans le travail justement apprécié de M. le docteur Maingault; ils démontrent combien est fréquente la paralysie diphthérique, hier encore inconnue.

Nous regrettons vivement que notre confrère n'ait pas donné des détails plus exacts sur ces accidents consécutifs si singuliers, qu'il n'ait pas comparé les faits qu'il a observés à ceux déjà publiés.

Dans l'observation Ve seulement, on note qu'il y eut d'abord une paralysie du voile du palais, puis successivement des troubles de la vue et des fourmillements dans les extrémités; ces accidents suivirent donc la marche qui a été signalée comme appartenant presque spécialement à la paralysie diphthérique.

Dans l'observation Ire, comme le pense M. Beaupoil, la malade a succombé par une asphyxie causée par la pénétration des aliments dans le larynx; malheureusement il n'y a pas eu d'autopsie faite; quelques faits de ce genre ont été signalés par M. Tardieu et d'autres.

M. le docteur Beaupoil pense que la paralysie du voile du palais peut être le résultat de la cautérisation. Un certain nombre de cas consignés dans l'ouvrage de M. Maingault prouvent le contraire, c'est-à-dire qu'alors même qu'on n'a pas eu recours aux cautérisations il y a eu des paralysies du voile du palais.

Quant au traitement, notre confrère, parmi les moyens locaux, ne trouve aucun avantage au nitrate d'argent; il préfère l'acide hydrochlorique dans les cas d'angines couenneuses graves; la glycérine et le tannin, et surtout les poudres de noir animal et de calomel, lui paraissent plus efficaces. Tous ces moyens locaux sont loin, suivant lui, d'empêcher les fausses membranes de reparaître.

Comme moyens généraux, le chlorate de potasse ne lui a paru avoir aucune valeur; les vomitifs lui ont été utiles, ainsi que le brome et le calomel; le tannin et les toniques lui paraissent nécessaires pour soutenir les forces du malade. Il faut dire que notre confrère a essayé successivement tous ces moyens sur tous ses malades, ce qui fait qu'il ne peut se prononcer sur un moyen ou sur un autre particulièrement.

M. le docteur Beaupoil termine son travail en concluant :

1° Que l'angine couenneuse et le croup ne sont qu'une seule maladie variant seulement par le siége. Depuis les travaux de M. Bretonneau, le doute n'existe plus sur la pharyngite et la laryngite pseudo-membraneuse ; nous partageons entièrement l'opinion de notre confrère.

2° Il dit que les deux formes de diphthérie sont contagieuses ; nous admettons aussi cette seconde conclusion.

3° Enfin l'une de ces diphthéries peut engendrer l'autre, et cela nous paraît évident depuis bien longtemps.

Conclusions. — Nous pensons que le travail de M. Beaupoil vient à l'appui de plusieurs opinions qui sont admises dans la science, et que son travail sera toujours utile à consulter.

Si maintenant nous lui tenons compte de plusieurs travaux antérieurs : 1° L'entéropathie métallique ; 2° des indications du sulfate de quinine dans certaines maladies aiguës ; 3° d'une note sur les épidémies après l'inondation de la Loire ; tous ces travaux ayant une valeur pratique importante, nous reconnaîtrons que notre confrère est un homme instruit et laborieux, et nous proposerons :

1° De le remercier des intéressantes observations qu'il a adressées à la Société ;

2° De conserver le manuscrit dans nos archives ;

3° De porter M. le docteur Beaupoil sur la liste des membres correspondants que la Société aura prochainement à élire.

Les conclusions du rapport de M. Guersant sont adoptées.

— La Société procède au renouvellement de son bureau.

Présidence. Nombre de votants, 24.

M. Laborie obtient 19 voix.

M. Laborie est nommé président de la Société de chirurgie pour l'année 1861.

Vice-président, M. Morel-Lavallée.

Secrétaires. Nombre de votants, 25.

1er secrétaire, M. Bauchet, 18 voix.

2e secrétaire, M. Béraud, 17 voix.

Secrétaire-archiviste : M. Verneuil est nommé par acclamation.

Trésorier. M. Houël est maintenu dans ses fonctions à l'unanimité.

Membres du comité de publication, MM. Follin, Morel, Jarjavay.

Commission des congés. MM. Legouest, Boinet, Bouvier.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Legouest.

FIN DU TOME PREMIER.

Election de correspondants nationaux
p. 251